

Б.Н.Алмазов, П.П.Грицаенко, Ю.Н.Ружников

**Социальные и  
правовые аспекты  
профилактики  
наркозависимости**

**В** Приложение  
к журналу  
**ЮРИДИЧЕСКИЙ  
ЕСТНИК**

---

---

Когда мне предложили написать предисловие к данному изданию, я, откровенно говоря, оказался в затруднении, т.к. рассматриваемая проблема не только очень серьезна, но и непривычна. Ее авторы взялись за проблему, которой, как правило, занимались разные специалисты:

- психологи и врачи рисовали портрет человека с ограниченными возможностями;
- юристы уделяли внимание правовому регулированию оборота наркотических веществ и ответственности за нарушение правил такого оборота;
- социологи формировали программы реабилитации.

Но для того, чтоб реально осознать важность этой проблемы для сегодняшнего общества и определить конкретные пути ее решения необходимо объединить воедино знания специалистов разных областей, и именно это положено авторами в основу этой брошюры.

Наркомания — одно из главных явлений, связанных с преступностью.

Во-первых, с целью завладения наркотическими или денежными средствами для их приобретения совершаются тяжкие корыстные и корыстно-насильственные преступления.

Во-вторых, все чаще преступления совершаются под воздействием наркотиков.

И, наконец, самое главное — взаимосвязь наркомании и преступности проявляется в совершении преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков.

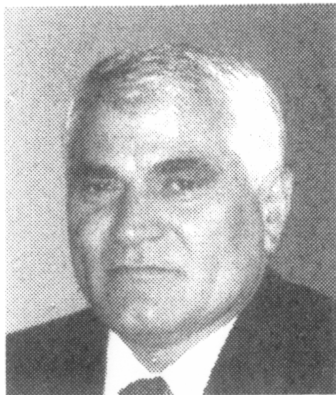
Наркобизнес или, иначе говоря, незаконный оборот наркотиков — одно из самых опасных явлений, связанных с современной преступностью. Масштаб незаконного оборота наркотиков в настоящее время столь обширен, а получаемые от такой деятельности финансовые средства столь велики, что создается угроза для безопасности страны, т.к. практика показывает, что действия правоохранительных органов недостаточно эффективны в борьбе с наркобизнесом.

Годовой объем прибыли от незаконной торговли наркотиками вышел на второе место в мире после торговли оружием, опередив торговлю нефтью. Это позволяет наркомафии все активнее внедряться в политическую жизнь многих стран. Ни одна отдельно взятая страна не может рассчитывать на успех в борьбе с наркомафией без широкого международного сотрудничества.

Еще несколько десятилетий назад всерьез о наркомании говорили только американские социологи и врачи. Теперь эта проблема стала повсеместной: ею занимаются специалисты многих областей знаний, в том числе социологи, юристы, врачи и даже экономисты, и политики.

Борьба с наркозависимостью или, попросту, наркоманией — дело каждого, но только объединив усилия всех специалистов, которые имеют возможность применить свои знания, мы сможем добиться успеха не только у себя, в России, но и во всем мире.

Объединение психологов, социологов и юристов в решении проблем профилактики наркозависимости позволило учесть все аспекты социального недуга. Результатом такого научного сотрудничества и стала эта брошюра.



**Примаков  
Владимир Петрович,**  
лидер Партии Российской  
Правовой Государственности,  
депутат Областной Думы, юрист

Б.Н.Алмазов, П.П.Грицаенко, Ю.Н.Ружников

**Социальные и  
правовые аспекты  
профилактики наркозависимости**

г.Екатеринбург  
1999

**В** Приложение  
к журналу  
**ЮРИДИЧЕСКИЙ  
ЕСТНИК**



**Приложение к информационно-аналитическому  
бюллетеню «Юридический вестник»**

**Учредитель:**

Уральская межрегиональная  
ассоциация юристов

**Издание  
зарегистрировано**

в Уральском региональном управлении регистрации  
и контроля за соблюдением законодательства о  
средствах массовой информации. Свидетельство  
о регистрации № Е-2901 от 12.02.99.

**Составители:**

**Алмазов Борис Николаевич** —  
профессор кафедры правовой психологии и судеб-  
ной экспертизы УрГЮА, д.п.н., к.м.н.;

**Грицаенко Петр Петрович** —  
доцент кафедры правовой психологии и судебной  
экспертизы УрГЮА, судебно-медицинский эксперт  
высшей категории;

**Ружников Юрий Николаевич** —  
преподаватель кафедры правовой психологии и  
судебной экспертизы УрГЮА, главный нарколог  
Министерства здравоохранения Свердловской  
области, врач высшей категории.

**Рецензент:**

**Туфляков В.П.** —  
заместитель прокурора Свердловской области  
старший советник юстиции

**Главный редактор:**

Барышева Т.В.

**Редакция, издательство:**

620075, г.Екатеринбург,  
ул.Малышева, 92,  
телефон: **56-42-43**

**Для писем:**

620041, г.Екатеринбург,  
ул.Красина, 7, х/я АЗ

**Подписано к печати  
20.08.99**

Тираж 2000

Цена договорная

© Алмазов Б.Н.  
© Грицаенко П.П.  
© Ружников Ю.Н



---

---

## Тематический план

- 1. История взаимодействия наркозависимых людей с обществом и государством.**
- 2. Феномен наркозависимости в его социально значимых проявлениях:**
  - 2.1. Токсикологический аспект.**
  - 2.2. Социально-психологический аспект.**
  - 2.3. Медицинский аспект.**
- 3. Правовое регулирование оборота и потребления наркосодержащих, фармакологических и токсических веществ.**
- 4. Социальная поддержка наркозависимых людей и профилактика наркотизма.**

Программа рассчитана на ознакомление с присущими человеку тенденциями уходить от реальности с помощью химических веществ одурманивающего характера (действия); организацией социальной поддержки людям, оказавшимся в зависимости от алкоголя, наркотических, токсических или психотропных средств; использованием ограничительных санкций в отношении лиц, злоупотребляющих своими правами пользоваться одурманивающими веществами.

В зависимости от целей использования, Программа может иметь акцент на общеобразовательные, психологические, социальные или юридические задачи, реализовываться полностью или частично.

Программа рассчитана на студентов ВУЗов юридической, социальной, педагогической ориентации, а также может быть интересна для врачей и психологов.

## ИСТОРИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛЮДЕЙ С ОБЩЕСТВОМ И ГОСУДАРСТВОМ

«Ухудшающаяся наркоситуация все больше начинает угрожать внутренней социально-экономической и политической стабильности, целостности экономической и политической структуры, социальным нормам, нормальному функционированию рыночных отношений и будущему демократии»

*Из проекта соглашения между Правительством РФ и Секретариатом ООН об оказании технического содействия в сфере контроля за наркотиками и организованной преступностью в России. (3 февраля 1999 г.)*

Стремление к «аддиктивному»<sup>\*</sup> уходу от реальности при помощи одурманивающих средств известно еще с глубокой древности. У народов старых цивилизаций сохранились многочисленные свидетельства борьбы с этим пороком. Более примитивные человеческие сообщества, не имеющие письменности, по данным демографических исследований последнего времени, проблем с пьянством и наркотизмом не испытывают. Если же развитые страны прибегали, в целях колонизации, к алкоголю или легкомысленно допускали его бесконтрольное употребление аборигенами, то население, не имеющее соответствующих привычек, расплачивалось за такую политику неразумным и беспробудным пьянством с неизбежным вырождением.

Как то, А.В.Луначарский, со свойственной ему метафоричностью определений, заметил, что алкоголь (наркотики в первые годы советской власти не волновали правительство) — не про-

сто дурная привычка человечества, а своеобразный костыль для слабонервных, которыйне могли вырвать у них из рук даже средневековые драконовские меры. И, скорее всего, эта привычка действительно появляется у народов лишь тогда, когда они начинают испытывать гнет цивилизации.

Во всяком случае, ни одно государство не избежало в своем развитии периода, когда власти безуспешно пытались переломить стремление людей к пьянству. Поначалу запреты носили больше нравственный и религиозный характер, но с течением времени меры ужесточались. И если в Древнем Риме вино не разрешалось употреблять до 30-летнего возраста больше по традиции, то в средние века соответствующие предписания обретают законодательную четкость. Так, во Франции король Франциск I в 1536 году издал ортоданд, согласно которому за появление в общественном месте в пьяном виде могли наказать палками, а у рецидивистов — даже отрезать уши. В Англии аналогич-

<sup>\*</sup> Аддиктивное поведение — стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством употребления наркотических, токсических и психотропных средств с нелечебной целью. По смыслу, вкладываемому в это понятие, оно распространяется и на алкогольное опьянение (Закон Свердловской области «О профилактике наркомании и токсикомании на территории Свердловской области» № 78-ОЗ от 19.12.97).

ные правонарушения карались денежным штрафом или заключением в тюрьму.

Россия не отставала от Европы. Так, по указу царя Ивана III, низшие сословия могли употреблять спиртное 4 раза в год, привилегированные - сами регулировали употребление, но им не разрешалось исполнять служебные обязанности в нетрезвом виде. Когда же в 1428 году в Россию из Генуи завезли водку и крепкие напитки стали продавать в царевых кабаках, была введена норма отпуска на душу населения. Кроме того, с 1652 г. действовало правило, согласно которому одному человеку продавали не более одной чарки четыре раза в неделю, но не позднее, чем за час до обедни.

Особенной твердостью отличались указы Петра I, согласно которым «непотребное пьянство» наказывалось с примерной строгостью, а статья 43 Воинского устава гласила, что «когда кто пьян напьется и в пьянстве своем зло решит, тогда тот не токмо чтобы в том извинение получит, но по вине вящего жестокостью наказуем имеет быть».

В то же время на Востоке были иные традиции. В юго-восточной Азии широко использовались продукты, содержащие опиум. На Ближнем Востоке и в Индокитае наряду с опиумом употребляли листья каннабиса (индийской конопли), получившие названия гашиш или марихуана. В Южной Америке местное население употребляло листья кустарника коки. По своему действию сырые продукты наркосодержащих веществ похожи на алкогольное опьянение и использовались с той же целью и с аналогичными злоупотреблениями. Однако следует отметить, что на родине наркотиков существовало строго регламентированная традиция их использования. И хотя законы большей частью были негласными, они диктовались не столько государством, сколько социальным и религиозным укладом жиз-

ни, ограничения же соблюдались неукоснительно.

Алкоголь на Востоке был известен, но широкого распространения не имел. Европейцы пренебрегали наркотиками, оставляя их колонизированным народам. Образно говоря, каждый предпочитал свои пороки.

Ситуация изменилась в XIX веке, когда метрополии (раньше других - Америка) открыли свои границы для жителей колоний, которые стали переселяться целыми анклавами вместе со своими культурными традициями. Произошел обмен привычками. Из «китайских кварталов» опиум и гашиш потекли в города. Знакомство с кокаином не заставило себя ждать. Общество забеспокоилось. Уже в начале XIX века в Америке была создана лига «Против опиума» с целью добиться государственного запрета на его использование. В нескольких штатах были приняты требуемые меры, но это не изменило ситуации в целом. В 1845 году во Франции был принят закон о наркотических веществах, имеющих целью пресечь контрабанду наркотиков (и прежде всего - опия) в страну. В других государствах Европы были предприняты аналогичные шаги, но без существенного успеха. Наступление наркотиков на Запад продолжалось.

К концу XX века производство опия исчислялось в суммарном объеме примерно 18000 тонн. Рынок для его медицинского использования был чрезвычайно соблазнителен.

В 1909 году была создана Шанхайская опиная комиссия, в работе которой участвовали 13 стран. Она подготовила и провела в 1911 году Гаагскую международную конференцию. Двенадцать стран, в число которых вошла и Россия, выработали Конвенцию о наркотиках, которая предусматривала меры по свертыванию производства и торговли опиумом.

Первая мировая война принесла

свои проблемы. В частности, границы культур еще более стерлись. Произошла колоссальная миграция населения, и потребление наркосодержащих веществ превратилось в настоящее бедствие.

Стало ясно, что без вмешательства Лиги Наций рассчитывать на скольконибудь эффективные меры не приходится. Ею и было принято международное соглашение о запрещении производства, внутренней торговли и использования очищенного опиума (Женевское соглашение от 11.02.25) и международная конвенция по опиуму (Женевская конвенция от 19.02.25).\*

Одновременно торговцы наркотиками стали объединяться в международные преступные организации. Да и не все страны хотели поступиться выгодным бизнесом, так что возникла необходимость введения межгосударственных уголовно-правовых санкций за незаконные действия в сфере оборота наркотиков. Женевская конвенция о запрещении незаконной торговли наркотическими средствами 1936 года предусматривала возможность выдачи преступника иностранному государству для привлечения к ответственности.

Вторая мировая война еще больше стерла границы национальных привычек, нравов, уклада жизни. Это не могло не отразиться на проблеме наркотизма. Так что сразу по завершении войны ООН утвердила комиссию по наркотическим средствам. Ею в 1961 году был подготовлен и принят для подписания международный многосторонний договор о наркотических средствах (СССР подписал его 13.12.64). На основании данного договора была принята Конвенция о создании системы международного контроля за производством и распространением наркотических ве-

ществ (21.02.71) и Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических и психотропных веществ (20.12.88).

Для дореволюционной России и ее преемника СССР участие в межгосударственном движении против наркотиков имело, главным образом, характер международной солидарности, как страны, на территории которой произрастают наркосодержащие растения, ибо внутри страны государство и общественность были заняты исключительно проблемой пьянства. Наркомания была уделом или глухих окраин либо небольшой прослойки интеллигенции. Народ же в своей массе банально спивался. Не помогала и винная монополия. Так что, первый Всероссийский съезд по борьбе с пьянством в 1910 году констатировал удручающую картину.

На период первой мировой и гражданской войн свободный оборот алкогольной продукции был запрещен («сухой закон»), после чего Постановлением ЦИК и СНК СССР \*\* от 03.12.24 введена государственная монополия на производство спиртных напитков, действовавшая до последнего времени. Одновременно Уголовный кодекс РСФСР предусматривал несколько норм, устанавливающих ответственность за незаконные операции с наркотическими веществами (изготовление, хранение, сбыт, содержание притонов, употребление), а Постановлением ЦИК и СНК от 25.05.28 было разрешено свободное обращение кокаина, героина, гашиша. Народный Комиссариат здравоохранения (Наркомздрав) установил правила приема, хранения и отпуска наркосодержащих веществ.

Наказание за нелегальное соприкосновение с наркотиками было если и не очень суровым, но совершенно неотвра-

\* СССР присоединился к Женевской конвенции 29.11.36

\*\* ЦИК и СНК (Центральный Исполнительный комитет и Совет народных комиссаров) — высшие советские и государственные (исполнительно-распорядительные) органы СССР, действовавшие до 15.03.46.

тимым, так что о черном рынке и международной наркомафии советские люди знали только понаслышке. Наркоманы \* были, но немного, и, в основном, из сфер, близких к медицинскому обороту наркосодержащих средств. Наркотизм считался классово чуждым явлением и искоренялся всенародно. Больше хлопот обществу и государству доставляло пьянство. Пить алкогольные напитки не запрещалось. Количество же выпиваемого, время от времени, пытались ограничить административными мерами (вроде карточной системы). Однако меры, эффективные во времена Ивана III, в конце XX века не действовали. Слишком доступно было сырье для производства алкоголя. Поэтому ставка была сделана на методы воздействия общественно-политического характера.

В 1927 году ЦИК и СНК приняли постановление «Об организации местных специальных комиссий по вопросам алкоголизма», которые впоследствии плавно переросли в комиссии местных органов власти — исполкомов «По борьбе с пьянством». Большую роль в профилактике алкоголизма играли профсоюзы. Законодатель также не стоял в стороне. Кодекс законов о труде позволял безоговорочно увольнять за появление на работе в нетрезвом виде. Кодекс о браке и семье сильно ограничивал родительские права пьяниц. Гражданский кодекс ограничивал их дееспособность. Об административных нарушениях — не позволял употреблять спиртное в общественных местах и до степени, нарушающей общественную нравственность. Жилищный кодекс позволял выселять дебоширов и пьяниц. Уголовный — ужесточал наказание за

правонарушения, совершенные в нетрезвом состоянии. Как видно, правовая ситуация для искоренения пьянства была вполне благоприятной. Однако окончательный успех все-таки не давался. Народ явно злоупотреблял своим правом действовать во вред своему здоровью и общественному благополучию, что заставило режим усилить репрессивные меры. В 1972 и 1974 г.г. были приняты указы Президиума Верховного Совета РСФСР о принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков и лиц, страдающих наркоманией.

Установки на принуждение и трудовое перевоспитание никого не удивили. Основанием для лишения свободы сроком от шести месяцев до двух лет стал отказ от добровольного лечения при наличии ходатайства со стороны общественных организаций, трудовых коллективов, государственных органов, а также членов семей. Постановление суда в подобных случаях обжалованию не подлежало, а выносимые решения исполнялись органами внутренних дел, для чего в их структуре был сформирован «лечебно-трудовой профилакторий» (ЛТП), как учреждение, побег из которого приравнивался к побегу из места заключения.

В русле принятых решений Министерство здравоохранения СССР создало мощную службу наркологической помощи (кабинеты на производстве, диспансеры и больницы по месту жительства, подразделения в системе МВД) со стремлением охватить диспансерным наблюдением население страны, злоупотребляющее одурманивающими средствами, до того, как физическая и психическая зависимость от

\* Наркомания — заболевание, связанное с злоупотреблением наркотическими средствами, лекарственными и нелекарственными, отнесенными к списку наркотических веществ в соответствии с приказами Министерства здравоохранения (см. приложение), и характеризующееся формированием психической и физической зависимости к принимаемому препарату, а также изменением толерантности с тенденцией к увеличению принимаемых доз препарата.

наркосодержащего вещества станет очевидной.

И тем не менее, ситуация ухудшалась. Пьянство разрасталось. Из южных районов страны на стихийно созданный черный рынок потекли героин и марихуана (гашиш). Среди детей с угрожающей скоростью начала распространяться токсикомания\* продуктами моторного топлива (бензином).

Не замечая серьезности общественных противоречий, порождающих стремление разных слоев населения к аддиктивному уходу от проблем повседневной жизни. Система со слепым упорством наращивала меры силового давления. В 1985 году вышел известный указ Президиума Верховного Совета РСФСР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения», ужесточающий позиции государства. Более того, органы здравоохранения, не желая сдаваться, даже подготовили проект закона «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков и наркоманов», но Верховный Совет РСФСР, рассмотрев его в 1990 году, наконец-то признал, что одним насилием проблему решить невозможно и либерализовал социальную политику в корне.

Руководствуясь заключением Комитета Конституционного надзора СССР о законодательстве по вопросу о принудительном лечении лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией (1990 г.), Верховный Совет РСФСР в законе «Об учреждениях и органах, исполняющих наказание в виде лишения свободы» (1993 г.) отменил указы о принудительном лечении алкоголиков и наркоманов и передал лечебно-трудовые про-

филактории (ЛТП) в систему исполнения уголовных наказаний для перепрофилирования их в обычные исправительные учреждения. Тем самым, на российской сцене противонаркотической политики сменились главные действующие лица. Если раньше все вопросы решал врач наркологического подразделения, от диагноза которого зависело решение суда, и, соответственно, факт лишения свободы за отказ следовать рекомендации по лечиться добровольно, то теперь он превращается в лицо, оказывающее услуги населению. Власть и страх власти перестали быть инструментом воздействия на наркозависимых людей и тех, кто по глупости, легкомыслию или слабости характера хотел бы вступить на стезю порока. Из вершителя судеб нарколог превратился в социального работника, готового поддержать, а не унижить человека. Соответственно, врачебная компетенция оказалась недостаточной. От специалиста-нарколога в современных условиях требуются гораздо более глубокие знания психологии, социологии и права, чем это подразумевает врачебное дело, так что трудно сказать, кем он должен быть по основной профессии - больше врачом, социальным работником или психологом.

Да и всему обществу приходится менять точку зрения. В новых условиях либерально-демократических перемен, когда контроль над личной жизнью человека (в ее хороших и плохих проявлениях) не гарантирует пресечения порочных наклонностей, обществу придется научиться сосуществовать с наркозависимыми людьми, не надеясь на всесильное государство. Поэтому, хотим мы этого или нет, от принципа

\* Токсикомания — хроническое наркологическое заболевание, возникшее в результате потребления психоактивных препаратов (лекарственных средств, химических и растительных веществ), не включенных в официальный список наркотических средств (в настоящее время действует список по состоянию на 4 июня 1997 года), и характеризующееся развитием явлений психической и в ряде случаев физической зависимости и изменением толерантности по отношению к потребляемому одурманивающему средству.

«трудового перевоспитания» придется отказаться и двигаться в направлении «интеграции» и «социальной реабилитации». Недаром, концепция национальной политики по контролю за наркотиками, утвержденная Постановлением Верховного Совета РСФСР в 1993 году, и целевая программа Правительства РФ «Комплексные меры проти-

водействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» на 1995-2000 г.г. нацелены, прежде всего, на создание людям благоприятной обстановки самореализации личности и ограждения граждан от криминального рынка, нежели на борьбу с теми, кто склонен принимать одурманивающие средства.

## Современные тенденции наркозависимости в мире

Включившись в мировое сообщество, Российской Федерации пришлось отказаться от приемов классовой борьбы с несовершенством человеческой природы и включиться в социальные процессы, чьи движущие силы не настолько очевидны, чтобы регулироваться простыми рецептами запретительной политики. Это относится и к наркопристрастиям, которые в течение второй половины XX века постоянно ставят в тупик правительства многих стран, охватывая без очевидных причин массы людей на огромных территориях, перешагивая границы государств, не обращая внимания на сложившиеся там культурные традиции.

Так еще никто и не дал вразумительного объяснения, почему до 60-х годов проблема наркотизма не выходила за рамки маргинальных\* слоев населения или эстетствующей прослойки людей интеллектуального труда и искусства, а затем в Америке, Европе, Австралии и Японии разразилась буквально эпидемия наркомании, охватившая все слои общества и, преимущественно, молодежь. Объемы наркопроизводства, количество конфискованных наркотиков, число зарегистрированных медициной и полицией наркоманов, смертность от отравления наркотическими и токсическими средствами, а также другие показатели, по которым су-

дят о наркотизме в целом, резко ухудшились. Причем, особенно тревожило, что эпидемия косила людей до того, как у них сформировались устойчивые взгляды на жизнь. Ведь казалось бы, у молодежи не было решительно никакого повода для ухода от реальности таким способом. После второй мировой войны налаживалась жизнь, стабилизировались основные общественные институты, благосостояние складывалось вполне достаточным, чтобы не бороться за выживание. Но тем не менее, молодежь почему-то волновалась. Подрастающее поколение не хотело перенимать стандарты жизни старших. Повсеместно в странах Европы, Америке и Японии студенты и примкнувшие к ним толпы молодых людей устраивали уличные волнения, вплоть до серьезных беспорядков (как это было во Франции конца 60-х годов), создавали левацко-коммунистические (по большей части маоистского толка) движения. Однако корни недовольства были непонятны и самим демонстрантам. Уличные бои с полицией носили характер потасовок, где азарт был с обеих сторон, а правительство призывало молодежь либо сказать, что они хотят, либо вернуться в университеты и заняться учебой.

Постепенно «битники» (как они себя называли) выдохлись и их «культурная революция» сама собой сошла

\* Маргиналы — (от лат. *marginis* — край) — примечания (заметки) на полях. Образно говоря, оставшиеся на обочине (оттесненные к краю, отбросы общества).

на нет, заменившись новым течением. Движение «хиппи» (с символизирующим его образом отрешенного одиночки, плывущего в своей скорлупе по океану жизни) смыло с улиц протестующие толпы молодежи на обочину цивилизации: в пивнушки, сомнительные притоны, пустыри и вокзалы (молодежь полюбила бродяжничать). Естественно, что в такой атмосфере наркотизм расцвел в полной мере. Марихуану курили много и демонстративно, а само стремление молодежи уйти от проблем адаптации к культуре взрослых под флагом протеста ради протеста (битники), с образом социального отчуждения (хиппи) или обидой на отвергающее их общество (панки), означало, скорее всего лишь то, что современному человеку подростково-молодежный период его жизни тяжел чисто психологически. Он занял лишком много места в онтогенезе (личной истории индивида). Преодолеть его, руководствуясь старыми правилами, не удавалось. Нужно было что-то менять. И природа молодого человека взбунтовалась. Интуитивно и неосознанно, но явно целесообразно, она очистила внутренний мир людей от стереотипов и предрассудков, мешающих движению к мировой культуре, информационному единству и примату личности над системой.

К концу 70-х годов хиппи-движение превратилось в хиппи-стиль, ограничиваясь вольностями в одежде, манере поведения и бравировании нравственно-этическими традициями. Соответственно, пошла на убыль и «мода» на наркотики. Она вернулась в люмпенизированные слои населения, куда заносит время от времени и людей среднего класса, но лишь на время. В остальном же, студенты остаются в своих учебных заведениях, а рабочие — на предприятиях. Обстановка стабилизировалась, и можно было более или ме-

нее определенно рассчитать параметры наркотизма как явления, присущего данному этапу цивилизации.

Наша страна также участвовала в колебаниях международной психологической атмосферы, хотя и в стертой форме. Ни о каких уличных выступлениях, отказе участвовать в общественной жизни или студенческих волнениях, не могло быть и речи. Протест выражался исключительно в форме антиэстетики или антитрадиционной эстетики и отказе от политического энтузиазма, что само по себе казалось потрясением основ. Наше общество в своей ближайшей исторической ретроспективе не пережило даже хунвейбинов.\* Так что и стихийные проявления наркотизма не были столь впечатляющими.

Сигналом о нарастающей угрозе в середине 80-х годов послужила волна токсикомании среди детей отроческого возраста, охватившая не только бродяг из уличного племени, где тенденция вдыхать пары бензина была отмечена еще раньше (в конце 70-х годов), а и обычных школьников. Это было совершенно неожиданно для взрослых и могло означать лишь одно: по всей стране воспитание подрастающего поколения имеет какой-то скрытый, но очень существенный дефект. Затем события политической жизни подтвердили, что дети почувствовали приближение перестройки раньше взрослых, которые продолжали делать вид, что в обществе ничего не меняется.

За последующие 15 лет наша страна «освоила» многое, в том числе и стандарты наркотического поведения с черным рынком, кустарным производством, криминальным сообществом наркомафии. Так что и в социальной поддержке наркозависимых людей можно было ориентироваться на стандарты и традиции, сформировавшиеся в странах запада.

\* Хунвейбины -- молодежного протеста против сложившихся порядков, санкционированный в Китае в 60-е годы Мао Цзе Дуном, который обратился к народу через голову коммунистической партии страны.



## Ситуация в мире

Самый главный ориентир в данной проблеме — количество людей, злоупотребляющих тем или иным наркосодержащим веществом. По этому показателю число алкоголиков (лиц, попавших в поле зрения властей в связи с необходимостью применения каких-либо медицинских действий) составляет около 5 — 6% населения, в основном зрелого возраста. В разных странах цифра колеблется, но если учесть, что и методы определения ключевых показателей зачастую не совпадают, можно взять ее за базовую. Число наркоманов (лиц, систематически принимающих наркосодержащие вещества), скорее всего, составляет около 1% населения. Последний факт наиболее условен. Он складывается из статистических показателей разных служб и суммарно отражает:

а) затраты государства на противонаркотическую работу;

б) количество наркосредств, конфискованных во время полицейских операций и на таможне;

в) число лиц, попавших на учет в учреждения здравоохранения и охраны общественного порядка;

г) смертность от наркотиков;

д) данные опроса среди населения;

е) мнение специалистов, работающих с наркозависимыми группами населения.

К тому же, разные страны по-своему относятся к социальной статистике. Например, когда шло соревнование между социализмом и капитализмом, Америка, извлекая свои цифры, главным образом, из анонимных опросов населения, приводила данные о 6 — 9% населения, испытывающего те или иные варианты наркопристрастий. СССР, опираясь на цифры диспансерного уче-

та, публиковал официальные данные о 0,02% населения, в отношении которых можно было бы употребить термин «наркоман». Так что, 1% взят из сведений таких европейских стран, как Германия, Франция, Италия, Великобритания, где преобладает взвешенный подход к проблеме в целом, без политиканства и социального экстремизма. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1986 г., во всем мире принимают:

- каннабис — 29 млн.человек;
- опиум — 1,76 млн.человек;
- героин — 0,75 млн.человек;
- жуют листья коки — 1,6 млн.человек;
- нюхают кокаин — 4,8 млн.человек;
- амфетамины — 2,3 млн.человек;
- барбитураты — 3,4 млн.человек.\*

На этом фоне у отдельных стран и регионов имеются свои традиции и особенности, с которыми считается мировое сообщество. Америка представлена достаточно разнообразно. Латиноамериканские страны, такие как Колумбия, Перу, Боливия, сильно увлеклись производством кокаина.

Несмотря на усилия правительств, ведущих настоящую войну с наркомафией, крестьяне предпочитают культивировать коку вместо обычных сельскохозяйственных культур, т.к. спрос на сырье для кокаина остается высоким. Естественно, что и процент собственных наркоманов выше обычного, к примеру в Колумбии — 12%, а в Перу и Боливии — по 11% населения этих стран. Мексика, а также острова Белиз, Багамы, Ямайка стали главными поставщиками каннабиса для США. Сами Соединенные Штаты превратились в

\* Миррахимов М.М., Брудный А.А., Мейманалисв Т.С. Об этике здоровья. Фрунзе, 1989. С.102.

основного покупателя наркотиков. Их население скупает почти весь кокаин, мало популярный в Европе и Азии. Приводятся цифры о более или менее систематическом приеме кокаина 6,7% населения. Героин используют около 1,1%, зато марихуану курят многие. В 1970 году указывалась цифра 68% населения, но постепенно мода на нее пошла на спад и к настоящему времени составляет около 7,5%, хотя у молодежи интерес еще не пропал. В возрастной группе 18 — 25 лет ее употребляют 21,9% населения. Так что, в целом цифра 6% кажется несколько заниженной.

Канада по основным показателям гораздо больше похожа на Европу, чем на США. Из наркотиков наиболее популярна марихуана, героин употребляют около 20 тысяч человек, и в десять раз больше — кокаин. Но наркоманами из них можно назвать не более 1,5% населения.

Азия также выглядит неодинаково. Из стран здесь особое место занимает Индия, на территории которой согласно международной договоренности производится опиум для официальной продажи другим государствам в размерах около 678 тонн в год. Естественно, имеются и подпольные заводы по производству героина, но их больше в соседних с Индией странах — Пакистане и Афганистане, где политическая нестабильность делает этот бизнес менее безопасным. К тому же, само население Индии не испытывает особого пристрастия к героину (не более 1%), тогда как каннабис принимается гораздо больше. Его в Индии употребляют чаще в форме напитка, похожего на молоко (тандай), хотя и курят тоже достаточно много. В разных выборках опрошенного населения число лиц, систематически использующих каннабис, составило от 2,8% до 33,6% населения.

Тайланд и Бирма, где наиболее благоприятные климатические условия для

произрастания опийного мака, страдают от героина больше других стран. Среди населения в них насчитывают до 7% наркоманов.

Вьетнам, Китай и Северная Корея до последних лет не участвовали в обороте наркотиков по миру, а данные о масштабах внутреннего оборота не публиковались. Так что, на сегодняшний день трудно определить, какую роль в развитии наркомании и борьбе с ней играют эти страны.

Япония и Южная Корея довольно твердо пресекают опийные и кокаиновые наркопристрастия. В этих странах с 1963 года действует закон о принудительной госпитализации в связи с наркозависимостью, и, должно быть, используется эффективно. Употребление, а тем более — хранение и сбыт наркотиков, подлежит уголовному наказанию. Однако аддиктивная тенденция все-таки существует. Она реализуется при помощи стимуляторов (например, употребление продуктов амфетамина здесь выше, чем в других странах), а среди молодежи популярно вдыхание аэрозолей и паров клея (до 50 тысяч случаев в год, обративших на себя внимание властей) со 110 случаями смерти ежегодно.

Иран, Ирак, Турция и арабские страны занимают особое место в общей картине. Несмотря на климат, благоприятный для произрастания опия и каннабиса, эти государства не испытывают серьезных проблем наркозависимости. Нормы уголовного законодательства и традиции религиозного и нравственного характера удерживают население от экспериментов в этом направлении.

Страны Европы, более однородные по культуре и образу жизни народов, выглядят и в смысле наркомании более или менее сходно. В отдельных странах противонаркотическая политика имеет свои отличия, но не очень значитель-

ные. На особом месте стоят Нидерланды, где в течение последних десятилетий пробовалась модель наркотической эмансипации, когда были сняты многие запреты на употребление героина, кокаина, иных сильнодействующих средств. В страну потянулись наркоманы из соседних стран, но среди жителей самих Нидерландов цифры наркопристрастий остались на средневропейском уровне. Одно время в Швеции наблюдалось повышение интереса к наркотикам на фоне общих тенденций этической (сексуальной, как ее стали называть) революции, но в отношении героина дело дальше средних показателей также не изменилось. Из других стран Европы отмечается, что в Испании больше применяют кокаин, получая его из бывших колоний. В Италии мафия быстрее, чем у соседей, сформировала черный рынок героина, что увеличило число наркозависимых людей по сравнению с Германией, Францией или Англией.

Общие же тенденции примерно таковы: чаще других наркотиков используют каннабис в форме марихуаны, которую курят; героиновые наркоманы, дающие львиную долю доходов черному рынку, составляют не более 0,15-1% населения; на долю стимуляторов и кокаина приходится еще менее значительные цифры. В основу противонаркотической политики положены принципы либерализации потребления и создания условий жизни, не располагающих к аддитивным реакциям, а также борьба с черным рынком. Сам наркоман рассматривается, скорее всего, как социально неприспособленный человек, нежели как носитель порочной и злой воли (враг общества).

В СССР в последнюю четверть века была сделана ставка на развитие диспансерной сети органов здравоохранения и лишение наркозависимого человека возможности свободного волеизъ-

явления, о чем говорилось выше. Тем не менее, число людей с аддитивными наклонностями все больше нарастало. Сначала — токсикомания у детей отроческого возраста, затем — буквально охота за маком обычных масляничных культур и приготовление из него отваров с очень своеобразным опьяняющим эффектом. Нарастающая волна торговли каннабисом, собираемым на обширных пустырях среднеазиатских республик. И, наконец, прорыв черного рынка через границы с Афганистаном.

Число лиц, зарегистрированных в медицинских учреждениях в связи с зависимостью от наркотиков, составило в 1995 году 88 тысяч человек. Однако принято считать, что реальное число употребляющих наркотики относится к зарегистрированным как 10:1.

По данным социологических исследований можно сделать выводы, что употребляют наркотические средства бизнесмены (около 31%), безработные (17%), учащиеся и студенты (11%).

Наиболее часто потребляемы среди подростков (28647 человек зарегистрировано в 1996 году) конопля, пары бензина и синтетического клея. Две трети наркоманов — это лица в возрасте до 30 лет.

Наркоманы составляют 90% из числа зараженных СПИДом (в 1998 году зарегистрировано 7024 случая).

Около 50% изымаемых в России наркотических средств — внутреннего происхождения. Это — гашиш, концентрат маковой соломки, опий. Остальные поступают из Афганистана, Пакистана, Ирана, Индии, Китая, Польши, Германии, Голландии, стран Южной Америки.

В 1997 году изъято: героина — 18 кг, кокаина — 57 кг, гашиша — 887 кг, соломки мака — 21 кг, опия — 2 кг, марихуаны — 23 кг. Было выявлено 796 небольших кустарных лабораторий для

производства экстракта маковой соломки и 52 лаборатории по производству синтетических наркотиков и психотропных средств.\*

Стало совершенно очевидно, что официальные сводки не отвечают действительности, а многочисленные диспансеры лишь обозначают борьбу с явлением, которое зарождалось в иной сфере социального пространства. Власть пошла другим путем, чем народ, не только в экономике, но и в социальной политике, в частности и в противонаркотической. Люди перестали слушаться приказов. Их внутренний мир начал ускользать от тоталитарного контроля. Внутри общества стали действовать силы, складывающиеся по законам, неизвестным теоретикам научного коммунизма.

Стало очевидно, что наркопристрастие — это не форма протеста против

коллектива, подлежащая искоренению как проявление крайнего индивидуализма, а своеобразная форма существования социально неприспособленного человека, основной конфликт которого складывался не в сфере взаимодействия человека с обществом, а в процессе становления его собственного Я.

Теория социального отчуждения из классово чуждой и исключительно буржуазной, превратилась в повседневную реальность. Российское общество начало осваивать азы управления жизнью независимых людей, с проблемами которых приходится считаться. Одной из таких проблем является наркозависимость, присущая по разным причинам примерно 1 — 2% населения. Что порождает этот феномен и что удерживает его в свободном обществе, мы намерены рассмотреть в последующих главах.

## Приложение:

1. Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ. (20.12.88г.).

2. О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения. Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 16.05.86 (Ведомости Верховного Совета РСФСР. 1986. № 21. С.732)

*Ст.26. «Хронические алкоголики, уклоняющиеся от добровольного лечения или продолжающие пьянствовать после лечения, подлежат направлению в лечебно-трудовые профилактории для принудительного лечения и трудового перевоспитания на срок от одного года до двух лет.*

*Вопрос о направлении в профилакторий указанных лиц рассматривается районным (городским) судом в открытом судебном заседании при наличии медицинского заключения по ходатайству общественных организаций, трудовых коллективов, государственных органов, а также членов семьи или близких родственников.»*

*Ст.32. «Координация деятельности государственных органов и общественных организаций, направленной на борьбу с пьянством ... осуществляется комиссиями по борьбе с пьянством, образуемых ... при исполнительных комитетах советов народных депутатов.»*

3. Закон РСФСР о здравоохранении от 29.07.71 (Ведомости Верховного Совета РСФСР. 1971. № 31. С.656).

\* Из проекта «Технического содействия в сфере контроля за наркотиками и организованной преступностью в России» между Правительством РФ и Секретариатом ООН от 03.02.99.

Ст.59. «Больные хроническим алкоголизмом обязаны проходить полный курс лечения в лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения».

4. О порядке введения в действие Закона РФ «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы» от 21.07.93 (Российская газета. 1993).

п.3. «Считать утратившим силу с 1 июля 1994 года:

- Указ ПВС РСФСР от 25.08.72 «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании больных наркоманией»;

- Указ ПВС РСФСР от 01.03.74 «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков»;

- Указ ПВС РСФСР от 12.03.90 «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РСФСР о принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков».

п.4. «...Ликвидировать лечебно-трудовые профилактории МВД РСФСР, а их предприятия, имущество...использовать для решения задач, стоящих перед уголовно-исполнительной системой для создания следственных изоляторов, а также для организации лечения хронических алкоголиков и наркоманов.»

5. Афанасьев А.Л. Трезвенное движение в России, США, Европе как движение за сохранение человечества (XX век — 1914 г.) // СоЦИС, 1997. № 9.

6. Петрова Ф.Н. Антиалкогольная политика в России / Автореф.дисс. С-Пб., 1996.

## Литература для самостоятельной работы



1. Николаева З.А. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.
2. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. М., 1975.
3. Лисицин Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм. М., 1985.
4. Ураков И.Г., Мирошниченко Л.Д. Современные тенденции и распространение наркоманий в мире / Медицина и здравоохранение. Обзорная информация. М., 1989. № 1.

## Вопросы для самостоятельной работы



1. Противонаркотическая политика до начала социалистической и научно-технической революции.
2. Общие тенденции расширения спектра наркотических пристрастий в современной цивилизации.
3. Международное сообщество в противостоянии наркозависимости.
4. Особенности советской противонаркотической политики.

# ФЕНОМЕН НАРКОЗАВИСИМОСТИ В ЕГО СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ

## I. Токсикологический аспект

«Термин наркотическое средство содержит в себе три критерия: медицинский, социальный и юридический. Они взаимозависимы и обязывают признавать наркотическим средство, которое: а) оказывает действие на центральную нервную систему, что обуславливает стремление людей к его немедицинскому употреблению; б) при немедицинском его использовании принимает широкие масштабы и имеет социальную значимость; в) соответствующий уполномоченный орган включил в список наркотических или психотропных».

*А. Вальдман. Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикоманий. М., 1988.*

Мы начали данный раздел цитатой из трудов известного отечественного фармаколога, чтобы подчеркнуть специфику советского взгляда на природу наркомании. Главное место в нем принадлежит факту употребления того, что запрещено. Если же речь шла об алкоголе, разрешенном к продаже, наркозависимым лицом признавался человек, нарушающий правила его употребления (принимаящий спиртное в недопустимом возрасте, в неподходящем месте и в количествах, превышающих общественно допустимую степень опьянения).

Однако в последние годы, когда колебались нравственные основы общества, стало ясно, что суть наркомании далеко не исчерпывается тягой к запрещенному. Люди, особенно дети, стали широко применять токсические вещества из арсенала бытовой химии (пары бензина, клея, растворителей красок и т.п.). Отравление, сопровождающееся сновидным помрачением сознания, как некий символ самоубийства, несколько лет был особенно популярен в среде социально отчужденных подростков. Затем черный рынок,

выйдя из под контроля государства, разнообразил предложение и заменил бензин обычными наркотиками. Но сам феномен токсикомании свидетельствовал, что влечение к одурманивающему веществу нужно оценивать не только по соблазну получить желаемое чувство, но и по стремлению избежать тягостной повседневности.

Проблема наркомании стала значительно масштабнее. Классификация наркопристрастий по целям применения одурманивающего средства заставила разделить все средства на несколько групп.

Первая группа — вещества, вызывающие опьянение с присущим ему эмоционально привлекательным переживанием. Здесь пальму первенства держит алкоголь.

Вторая группа — вещества, вызывающие абстиненцию\*, которая и определяет содержание чувств наркоманов («кайф») при восстановлении уровня содержания наркотика в крови. Среди средств этого типа главное значение принадлежит героину и дериватам (продуктам химической очистки) опия.

Третья группа — вещества, позво-

\* Абстиненция (воздержание) — состояние, возникающее в результате внезапного прекращения приема веществ, вызывающих токсикоманическую зависимость, или после введения их антагонистов, характеризующееся психическими или болезненными расстройствами.

ляющие «отодвинуться» от тягостных переживаний или ощущения бессмысленности бытия. Для этих целей обычно используются продукты, получаемые из индийской конопли (гашиш, марихуана), или психотропные вещества транквилизирующего (подавляющего) действия. В просторечии такой эффект называют «баджеж».

Четвертая группа — вещества, оживляющие мироощущение, отвлекающие, дающие подъем духа. К ним относятся кокаин и фармакологические препараты стимулирующего характера, объеди-

ненные под полуофициальным названием «экстази».

Пятая группа — вещества, позволяющие отключиться от реальности при помощи помрачения сознания за счет токсического эффекта («прогуляться в мир иной»). Здесь диапазон конкретных химических веществ наиболее разнообразен — от диэтиламида лизергиновой кислоты (ЛСД) до банальных паров бензина.

При этом вещества каждой группы по своему взаимодействуют с организмом человека и влекут за собой вполне определенные последствия.

## Алкоголь

Алкоголь — жидкость, содержащая этиловый (винный) спирт (этанол), смешивается с водой в любых пропорциях. Алкоголь участвует не только в обмене веществ живых теплокровных существ, но по сути, имеется во всех биологических средах. Даже обычная речная вода

содержит до 1 гр. этилового спирта на кубический метр. Так что, организм человека всегда имеет в своей внутренней среде какое-то количество этого химического вещества. Если же количество этанола в крови нарушается следует ответная реакция организма.

**Таблица корреляции степени алкогольного опьянения и концентрации этилового спирта в крови человека**

| Концентрация<br>алкоголя в крови<br>(в промиллях-‰) | Степень опьянения                                      |
|---|--|
| Менее 0,3   | Отсутствие влияния алкоголя                            |
| От 0,3 до 0,5                                       | Незначительное влияние алкоголя                        |
| От 0,5 до 1,5                                       | Легкое опьянение                                       |
| От 1,5 до 2,5                                       | Опьянение средней степени                              |
| От 2,5 до 3,0                                       | Сильное опьянение                                      |
| От 3,0 до 5,0                                       | Тяжелое отравление алкоголем<br>Может наступить смерть |
| От 5,0 до 6,0                                       | Смертельное отравление                                 |

Примечание: Знак ‰ «промилле» - означает концентрацию алкоголя в крови, равную 1:1000 (1 г на литр).

Алкоголь быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, и через 1,5-2 часа его концентрация в крови достигает максимального уровня. Разрушается алкоголь в печени со скоростью 6-7 г в час. Алкогольная кома развивается при концентрации этанола около 3 г на литр, а смертельной концентрацией является 5-6 г на литр.

Для алкогольной интоксикации характерны нарушения самокритичности, воинственность, вспышки эмоций на фоне нарастающих неврологических расстройств, таких как нетвердая походка, нечеткость речи («заплетающийся язык»), нарушение координации движений. По мере углубления опьянения нарастает помрачение сознания, снача-

ла сужая возможность разумной воли, а затем превращая поведение человека в простое следование рефлекторным побуждениям. Последующий сон отличается глубиной (наркоз) и нечувствительностью к боли (аналгезией), что бывает нередкой причиной смерти от ожога или переохлаждения.

Тяжесть алкогольного опьянения определяется не только от дозы спирта. Влияние последнего на центральную нервную систему зависит и от ее функционального состояния (органическая недостаточность, утомление, физическое истощение, преклонный возраст и др.). Зачастую человек, ориентируясь на свою привычную реакцию, недооценивает имеющуюся слабость и принимает дозу, превышающую его сиюминутную возможность. В результате развивается тяжелая форма опьянения с последствиями, на которые тот не рассчитывал поначалу.

Исходя из этих соображений, законодатель время от времени брал за основу тезис о том, что пьяный человек по сути отравлен и его поступки нужно оценивать, учитывая обстоятельства, при которых произошло опьянение. Так, в Англии состояние острой интоксикации алкоголем может быть основанием для исключения намерения при совершении преступного деяния под влиянием опьянения, если человек не привел себя в такое состояние для совершения преступного деяния.

В нашей стране аналогичную практику вводили в 20-е годы, однако от нее отказались по соображениям, что взрослый человек осознает действие алкоголя на поведение и если употребляет его в количествах, нарушающих контроль разумной воли над поступками, должен быть ответственен за то, что привел себя в опасное состояние. К тому же, алкоголь не ликвидирует такие качества личности, как социальные навыки, привычки, моральные убеждения и т.п.

Исключение делается лишь для случаев, когда у человека, как правило,

психически истощенного, после приема алкоголя развивается болезненное расстройство психики, не являющееся прямым следствием употребления спирта (ни по количеству, ни по времени, ни по рисунку поведения). Такие варианты получили название «патологическое опьянение», но это уже из раздела психопатологии.

Систематическое употребление алкоголя через некоторое время (как правило, на это уходят годы), вызывает физическую и психическую зависимость. Тем самым пьянство переходит в новое качество - алкоголизм. Привычка иметь в крови повышенный процент алкоголя переходит в разряд витальных потребностей. Организм начинает реагировать не на поступление, а на исчезновение спирта из внутренней среды.

Состояние при этом характеризуется:

а) сильной потребностью в алкоголе (алкогольный голод), заглушающий многие привычные для человека побуждения;

б) тягостным переживанием отмены, когда алкоголь длительное время не поступает в организм (алкогольное влечение);

в) увеличением дозы, необходимой для опьянения (толерантность), со склонностью использовать неочищенные продукты перегонки спирта, например, денатурат, вызывающий более тяжелые формы алкогольной интоксикации;

г) продолжением пьянства вопреки очевидности вредных последствий;

д) нарушением способности контролировать нарастание степени опьянения.

Естественно, что психические процессы на фоне хронической алкогольной интоксикации начинают протекать иначе. Возникают переживания, не вызванные жизненной ситуацией, подтверждая слова Гиппократов о том, что «пьянство — добровольное безумие». Человек становится пациентом психиатрической службы.



## Опиаты

Действующее начало этой группы веществ относится к алкалоидам - химическим соединениям растительного происхождения, которыми особенно богаты маковые, лютиковые и бобовые. Ведущую роль играет морфин, выделенный в чистом виде из сырья в 1806 году аптекарем из Ганновера Зертюрнером. Однако лишь в конце XIX века (после создания теории строения органических соединений А.М.Бутлеровым) его удалось синтезировать в лаборатории. Искусственно полученный морфин обладает свойствами природного частично и используется только в медицинских целях как болеутоляющее средство. Он быстро разрушается от соприкосновения с воздухом, так что его соли могут храниться лишь в растворе в запаянных ампулах, а применяется исключительно в виде инъекций. Для иных медицинских целей природный опий (высохший на солнце млечный сок, вытекающий из надрезанных незрелых коробок снотворного мака (*Papaver somniferum*), произрастающего в субтропическом климате) используется в качестве порошка, водной суспензии, настоек, свечей, где морфин содержится, в зависимости от способа приготовления, в количестве от 1 до 20%. Его применяют как обезболивающее, успокаивающее, снотворное, нормализующее деятельность кишечника и т.п. средство, рассчитывая не столько на сам морфий, сколько на всю гамму алкалоидов (более 20), которые в нем содержатся.

В XIX веке опий был популярным средством, привычным для домашней аптечки, вроде современного анальгина. Его применяли без страха расплатиться за излечение (к примеру, от поноса) грозной наркотической абстиненцией. В немедицинских целях применялся опий-сырец, сжигаемый в специальных трубках для вдыхания паров

его испарения. При этой процедуре возникало опьянение, напоминающее алкогольное, так что завсегдатаи опиесурилен мало отличались от пьяниц, тянувшихся к табаку.

Картина изменилась радикально после того, как в 1874 году Райт заменил в молекуле морфина некоторые элементы (гидроокислы на ацетилы) и получил заменитель морфина высокой мощности, назвав его героином. Вначале героин пустили в медицинский оборот, но вскоре были вынуждены отказаться от изобретения из-за быстро развивающегося наркотического пристрастия (мощная наркотическая предрасположенность).

Однако официальная наука дала толчок, которым воспользовалась народная стихия. Черный рынок использовал метод «обогащения» опия в полной мере и наводнил земной шар героином, адаптированным для наркозависимости. Современный героин не разлагается на воздухе, может транспортироваться в форме порошка, легко растворим в воде и может быть введен в кровь в форме вливания в вену.

Несмотря на усилия государственных и общественных институтов, наркобизнес с помощью героина осуществил гигантский эксперимент над человечеством. Число ознакомившихся с действием героина (как правило, в подростковом возрасте) достигает значительных цифр.

В настоящее время число наркоманов в России, по разным оценкам, от 2 до 4 млн. человек, и динамика роста этой эпидемии устрасшая (газета «Комсомольская правда» от 19 марта 1999 г.).

Однако стало также ясно, что зависимость от наркотиков не фатальна. Она развивается не у каждого, иначе нравственная чума XX века уже скосила бы более половины ныне живущих людей. Научные исследования подтвер-

дили, что млекопитающие (в т.ч. и человек) имеют специальные нервные клетки в мозгу (рецепторы), которые в соединении с опиатами начинают функционировать в ином режиме, чем раньше. Каждый индивид обладает разной чувствительностью к алкалоидам данной группы. В формировании типа реакции организма на наркотик важную роль играют факторы генетической предрасположенности.\*

Относительно самих биологических механизмов ассимиляции организмом наркотика пока нет сведений, достаточно убедительных для того, чтобы более или менее эффективно вмешаться в этот процесс. Так что, образно говоря, человек, вступивший на почву героиновой абстиненции, может рассчитывать только на собственную личность, т.к. медицина не в состоянии пресечь физическое пристрастие.

С точки зрения токсикологии факт использования опиатов в немедицинских целях предстает в двух ипостасях. Прием веществ вне абстинентных симптомов ничего специфического не вызывает. Появляются вялость, пассивность, рассеянность внимания. При передозировке — угнетение дыхательного центра с вероятной остановкой дыхания.

Пристрастие к наркотику вызывает перестройку всего организма.

Склонный к наркомании организм начинает жадно поглощать все возрастающие дозы вещества. Так, если для нормального человека прием 60 мг морфина совершенно смертелен, то у наркомана количество разового приема намного больше (до 5000 мг). Можно предположить, что алкалоиды замещают в обмене веществ какие-то вещества, необходимые для жизни, и переводят организм в иной режим работы, стано-

ваясь при этом ему жизненно необходимыми.

Через 6 — 8 часов после приема очередной дозы наркоман начинает ощущать своеобразный «голод». У него появляется чувство тревоги, страстное желание вновь получить препарат (восстановить его уровень содержания в крови), тошнота, повышенная потливость, учащенное сердцебиение, спазмы в животе. Далее присоединяются жажда, бессонница, судорожные сокращения мышц (спазмы). Человек не может удержаться в спокойном состоянии.

Отчетливые явления абстиненции развиваются на второй-третий день после прекращения приема наркотика, а максимально — в последующие семьдесят суток.

На фоне так называемого «синдрома отмены» разумная воля человека не играет существенной роли, т.к. все устремления направлены исключительно на поиск возможности снять тягостное состояние, которое переживается чисто инстинктивно как надвигающаяся гибель. И хотя от абстинентного синдрома умирают сравнительно редко, комплекс испытываемых чувств вполне заслуживает такого сравнения. Недаром тяжелые варианты героиновой абстиненции считаются достаточным основанием расценивать противоправные поступки, совершенные в состоянии, когда человек не мог в полной мере осознавать фактический характер и социальные последствия своих действий или руководить ими.

После введения очередной дозы наркотика, прекращение тягостных ощущений и возникающее чувство наслаждения («кайф») переживается как сладостное избавление от мук. Наступает состояние тяжелой наркозависимости.

\* Майский А. И. и др. Биологические аспекты наркоманий. М., 1982.

## Средства, позволяющие «отодвинуться» от реальности

Их можно разделить на две группы. В первую входят производные каннабиса (индийская конопля — *Cannabis Indica*), известные под названием гашиш, марихуана, а также иные изомеры тетрагидроканнабинола. В другую — фармакологические средства с транквилизирующим (успокаивающим, отрешающим, снотворным) эффектом.

**Гашиш (марихуана)** — вещество, добываемое в форме смолы из цветущих верхушек конопли, либо содержащееся в их листьях, которые сушат и используют как табак. Смолу после предварительной обработки (варят с водой и маслом) принимают внутрь в форме пилюль или добавок в пищу. Химически чистого препарата тетрагидроканнабинола не получено и в лабораторных условиях он не синтезирован, так что научные знания о механизме воздействия его на организм ограничиваются только наблюдениями за реакцией после приема вещества.

В медицинских целях продукты каннабиса не применяются. Их издревле использовали в повседневной жизни для получения состояния, которое в чем-то напоминало опьянение. Правда, это состояние не содержало того элемента эйфории и эмоционального подъема, который возникает после приема алкоголя.

Любители гашиша — люди, которые, как правило, тяготеют реальностью, либо скучной, либо угнетающей. Они стремятся (и получают) ощущение отрешенности, созерцательной нейтральности чувств. Бесцельное времяпрепровождение становится приятным, окрашивается оживленным воображением. Эффект от приема каннабиса возникает сразу и длится несколько часов. В это же время несколько усиливается обмен веществ, и как результат, появляется чувство голода.

При передозировке возникает дезориентировка в месте и во времени, иллюзорное восприятие происходящего, расстройство чувства тела, облегчают такие реакции, как возбуждение и агрессия.

Реакция на отмену заметна, главным образом, в психической сфере. У человека, привыкшего к гашишу, постепенно формируется устойчивый страх психического напряжения и стремление уклониться от реальной жизни. Лишение возможности «отодвинуться» от жизненных проблем, вызывает у него чувство тревожной неуверенности в себе, что, в зависимости от склада личности в целом, может сопровождаться разного рода невротическими переживаниями. Поэтому общество и государство хотя и относились к каннабису более или менее терпимо, никогда не использовали его в своих интересах, как например, алкоголь. А в XX веке, когда от человека потребовалась высокая социальная активность, продукты каннабиса были повсеместно запрещены к употреблению. Сделать это оказалось не очень просто, т.к. в климате, близком к субтропическому, индийская конопля растет как сорняк. Поэтому возделывать ее нет необходимости, а проследить за собирателями цветов и листьев индийской конопли затруднительно. Так что контроль эффективен лишь на путях транспортировки продукта к потребителю.

**Лекарственные вещества**, используемые людьми с целью отрешения от огорчений текущей жизни, представлены достаточно широко. Речь идет, главным образом, о барбитуратах (барбитал, веронал, люминал и др.), и транквилизаторах (диазепам, оксазепам, соннапакс и др.).

Для обозначения их нарколопохожего

эффекта Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) долго искала подходящие термины, например, «лекарственная зависимость», но в конечном счете была вынуждена перейти к обычному понятию наркомания исходя из факта аддиктивного поведения как основополагающего в любом из вариантов немедицинского использования веществ с одурманивающей целью, подразумевая «психическое, а иногда также и физическое состояние ..., характеризующееся определенными поведенческими реакциями, которые включают настоятельную потребность в постоянном или периодическом возобновлении приема определенного средства для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого вещества, ...

## Стимуляторы

Вещества с этим эффектом также неоднородны по своему составу.

Вначале среди них на первом и почти единственном месте стоял кокаин, но за последнее время черный рынок стал насыщаться разнообразными синтетическими препаратами, главным образом, лекарствами (стимулирующие), которые применяются в комбинациях, получивших полуофициальное название «экстази».

**Кокаин** — алкалоид со сложной химической структурой, содержащийся в листьях кустарника кока (*Erythroxylon coca*), произрастающего в Южной Америке. Синтетических заменителей не имеет. С 1979 года используется в качестве средства для местной анестезии (обезболивания) при операциях на слизистых оболочках, т.к. проникая через них, быстро достигает нервных окончаний и лишает их болевой чувствительности на 10-30 минут. Всасываясь в кровь, он влияет на центральную нервную систему, парализуя высшие задер-

без соматических явлений абстиненции».

В нашей стране для обозначения подобного эффекта используют термин «привыкание», ограничивая содержание его теми случаями, когда речь идет об использовании лекарства не по назначению (исключая вариант привыкания пациента к лекарству, которое ему прописано врачом и избавляет его от страданий), с аддиктивными намерениями из расчета на побочный фармакологический эффект.

Естественно, ограничить перечень источников, способных вызвать привыкание просто невозможно, т.к. фармакология не стоит на месте, а правительству время от времени приходится обновлять список лекарств, отпускаемых с ограничениями по этим соображениям.

живающие центры и активизируя двигательную сферу. В дозах 0,01 — 0,03 г вызывает повышение активности, сопровождающейся экзальтацией (восторженно-возбужденным состоянием) и снижением способности к восприятию внешних впечатлений. При приеме 0,05 г возникает картина отравления с обмороками, одышкой, падением сердечной деятельности. Смерть может наступить от остановки дыхания.

Немедицинское использование кокаина бывает двух видов: обычай жевать свежие листья коки (при хранении кокаин в них быстро разрушается) в местах ее произрастания и тенденция нюхать (вдыхать носом) очищенный кокаин для получения наркотического эффекта — в других странах, где кока не произрастает. Обычай употреблять листья коки существовал у аборигенов Южной Америки задолго до колонизации ее европейцами. Испанцы пытались запретить эту традицию, но поскольку кустарник рос повсеместно, отказались

от борьбы и пустили дело на самотек. Более того, на плантациях и в шахтах даже стали выдавать часть зарплаты этими листьями (см. А. Раппопорт. Кокаинизм. БМЭ. Т. 13. М., 1959). Такая форма потребления чем-то напоминала алкоголь, помогая снять усталость, заглушить чувство голода, повысить настроение. А люди, пристрастившиеся к коке, по описанию внешне очень напоминали европейских алкоголиков («кокьерос» распознаются по бледной коже лица, «потухшему» взору, дрожанию рук, нетвердой походке, апатии, общей психической деградации).

Употребляющие очищенный кокаин испытывают более острые ощущения. Возникает подъем духа, течение мысли ускоряется, появляется чувство легкости в теле. Однако через 30–40 минут экзальтация сменяется угнетением, тревожностью, неуверенностью в себе, что переживается как тягостное состояние, побуждающее продолжать прием вещества. При передозировке усиливается картина отравления, когда тревога становится суетливой, боязливость перерастает в идеи преследования, появляются типичные галлюцинации (например, ощущение насекомых на коже).

Абстиненции в форме физической зависимости не наблюдается, что позволяет сравнительно быстро прерывать кокаиновую интоксикацию.

Постоянное употребление кокаина влечет за собой развитие симптомов разрушения нервно-психической сферы: происходит ослабление памяти и воли, нарушается координация движений, появляется тревожно-боязливое состояние, зябкость. Наблюдается также резкое снижение веса тела (исхудание). В этих случаях бывает необходи-

мо не столько отвыкание от кокаина, сколько восстановление здоровья в целом.

**Стимулирующие лекарственные препараты** (амфетамин, фенамин, сиднокарб и др.) применяются в медицине для оживления защитных сил организма на короткое время и по весьма ограниченным показаниям. Так, что их популярность больше связана не столько с болезнями, сколько с желанием людей на некоторое время обеспечить себе повышение работоспособности. И хотя это, вроде бы не строго медицинское потребление, о наркомании до последнего времени в таких случаях речи не было.

Лишь в последние годы появилась тенденция использовать стимуляторы с аддиктивными намерениями. Так, В. Симопулос в своей статье, брошко озаглавленной «Насилие — отвратительное лицо амфитаминовой наркомании», обобщив клинические наблюдения в США, отметил, что к стимуляторам тянутся люди, у которых выражены такие качества, как эмоциональная неустойчивость, подозрительность, импульсивность, повышена агрессивность и склонность к обманам восприятия. Действие амфетамина на центральную нервную систему, вызывающее общее возбуждение, облегчает реализацию насильственных действий, к которым такие люди предрасположены.

В нашей стране черный рынок начал осваивать коктейли из стимуляторов, пока не имеющие определенной токсикологической характеристики, скорее всего из-за того, что в этом еще слишком много самостоятельности производителей, но с обобщенным эффектом, который пока обозначается как «экстази»\*.

\* Письмо таможенного управления России от 02.02.98 «О новом наркотическом средстве «Жидкос экстази».

## Токсические вещества

(галлюциногены, психодизлептики, психомиметики)

Уже само их название подчеркивает способность расстройства психической деятельности, искажающей поле сознания и сопровождающееся галлюцинациями\*.

Из них наиболее известны такие алкалоиды, как лизергиновая кислота, содержащаяся в спорынье, мескалин, встречающийся в кактусе корофора, произрастающем в долине р. Рио-Гранде (США), атропин, создающий специфический эффект приема белены, мухомора и др. растений нашей географической широты. Издревле эти вещества использовались человечеством для введения в необычное состояние людей, выполняющих специфические задачи (колдуны в Америке, шаманы в Сибири и на Чукотке при исполнении религиозных обрядов, викинги перед атакой на незнакомые берега и т.п.). Обычно людям и не приходило в голову таким образом реагировать на проблемы повседневной жизни. Цивилизация внесла свои коррективы в манеру их использования.

У человека (как и у других млекопитающих) после приема как естественных (высушенные растения, настойки, вытяжки), так и синтетически изготовленных психодизлептиков, наступают следующие изменения: восприятие окружающего становится нечетким, расстраивается ощущение тела, появляются яркие зрительные видения или видимое кажется измененным, ярко окрашенным, звуки и цвета как бы переливаются друг в друга, повышается насильственный смех или плач, повышается возбудимость, в сфере эмоций преобладают страх или эйфория.

Медицинское использование перечисленных препаратов довольно узкое.

В основном — для купирования сложных состояний в арсенале скорой помощи. Систематический прием обусловлен очень немногочисленными показаниями. Например, при бронхиальной астме помогает курение высушенных трав, содержащих атропин. Препарат «астматол» многие годы хорошо помогал людям с незначительными симптомами затруднения дыхания, пока его не пришлось снять с производства из-за наркоманов, приспособивших лекарство для заварки галлюциногенного чая.

В немедицинских целях используют, главным образом, диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) в форме порошка, не имеющего вкуса и запаха, легко растворяющегося в воде. Добровольно его принимают в малых дозах (50 — 100 мг на кг веса), чтобы стимулировать воображение и отключиться от повседневности. Однако свойства ЛСД довольно соблазнительны для преступников (его можно растворить в воде так, что доза, которая будет содержаться в каплях на стенках только что вымытого стакана будет достаточно для расстройства психики). А сам характер переживаний имеет одну особенность — отсутствие страха высоты, сочетающееся с ощущением полета; при таких условиях инсценировать самоубийство не очень трудно.

Чистый ЛСД на отечественном черном рынке не очень популярен, но в качестве добавки к различного рода «экстази» может встречаться. А пока приходится больше внимания уделять неспецифическим вариантам отравлений, вызывающих ощущение «прогулки в мир иной». В примитивных слоях населения, особенно среди детей и подростков, бытует привычка «отключить-

\* Галлюцинация — обман чувств, ложное восприятие (как результат психического расстройства).

ся» с помощью веществ из арсенала бытовой химии. Пары моторного топлива, некоторых видов клея, иных предметов повседневного спроса используются для галлюцинаторного эффекта, который получил название «смотреть мультики».

С точки зрения токсикологии стремление к психодислептикам предстает как элементарное отравление, нередко заканчивающееся смертельным исходом. Задохнувшись в ядовитых испаре-

ниях дети — не редкость в судебно-медицинской практике. Да и более цивилизованный ЛСД не так уж редко обнаруживают в крови людей, умерших при странных обстоятельствах.

Зачем люди стали стремиться на грань потустороннего, сказать трудно. Можно только констатировать, что такое стремление присуще маргинальным слоям населения, но это уже предмет социально-психологического осмысления.

## Приложения

1. Перечень наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ, обнаруженных в незаконном хранении или обороте\* (составлен на основании протоколов заседаний Постоянного комитета по контролю наркотиков № 53/9-96 от 17 декабря 1996 года, № 54/10-96 от 25 декабря 1996 года, № 2/56-97 от 30 апреля 1997 года, № 3/57-97 от 4 июня 1997 года, № 1/63-98 от 18 марта 1998 года)

- |   |   |
|---|---|
| 1. Марихуана.                           | 20. Препараты, содержащие фенамин.                          |
| 2. Гашиш.                               | 21. Эфедрон.  |
| 3. Смола каннабиса.                     | 22. Препараты, кустарно приготовленные из эфедрина.         |
| 4. Гашишное масло.                      | 23. Сомбревин.  |
| 5. Тетрагидроканнабинолы (все изомеры). | 24. Кокаин.   |
| 6. Опиум.                               | 25. Ноксирон.   |
| 7. Продукты экстракции опиума.          | 26. Барбамил.   |
| 8. Ацетилованный опиум.                 | 27. Нентабарбитал.  |
| 9. Солома маковая.                      | 28. Нембутал.   |
| 10. Морфин.                             | 29. Диазепам.   |
| 11. Героин.                             | 30. Лоразепам.  |
| 12. Промедол.                           | 31. Нитразепам.   |
| 13. Кодеин.                             | 32. Феназепам.  |
| 14. Ацетилкодеин.                       | 33. Хлордиазепоксид.  |
| 15. Кодтерпин.                          | 34. Лизергид (ЛСД).   |
| 16. Омнопон.                            | 35. Мескалин (основания и соли).                            |
| 17. Амфетамин.                          | 36. Псилоцибин.   |
| 18. Фенатил.                            | 37. Плодовое тело грибов, содержащих псилоцибин и псилоцил. |
| 19. Метамфетамин, первитин.             |   |

2. Ожегов С.И., Шведов Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М.: Азъ, 1993. С.232.

*«Здоровье — это правильная, нормальная деятельность организма, его полное физическое и психическое благополучие».*

3. Программа социальных реформ в Российской Федерации на период 1996-2000 г.г., раздел «Здравоохранение».

\* Мы ограничили список указаниями на вещества, являющиеся либо основой для целой группы препаратов, либо часто применяемые в повседневной фармакологии, либо упоминающиеся в тексте.

П.1. «... За последние годы в Российской Федерации произошло ухудшение демографической ситуации. Отмечается снижение продолжительности жизни, рост показателей общей смертности, снижение уровня рождаемости. Продолжается связанная с ними естественная убыль населения. Происходит также рост общей заболеваемости взрослого населения и подростков, заболеваемости туберкулезом, венерическими заболеваниями, нарко- и токсикоманией...».

4. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. (с изменениями на 10.02.96).

Ст.41. «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений...».

Ст.42. «Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением».

5. Основы Законодательства РФ об охране здоровья граждан: Закон РФ № 5487-1 от 22 июля 1993 г. (с изменениями на 02.03.98).

Ст.1. Охрана здоровья граждан

«Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья».

Ст.2. «Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

3) доступность медико-социальной помощи;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ...».

Ст.17. «... Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний...».

Ст.30. Права пациента

«При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в т.ч. семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума или консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении ...;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство либо отказ от него ...;



9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья ...; а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и других услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба ... в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав; ...».

## Литература для самостоятельной работы



1. Бокий И.В., Лапин И.П. Алкогольный абстинентный синдром. М., 1976.
2. Вальдман А.Б., Бабаян Э.А., Звартау Э.Э. Психофармакологические и медико-токсикологические аспекты токсикоманий. М., 1988.
3. Майский А.И., Ведерникова Н.Н., Чистяков В.В., Лакин В.В. Биологические аспекты наркомании. М., 1982.
4. Морозов Г.В., Боголепов И.Н. Морфинизм. М., 1984.
5. Попов В.Л., Вермель И.Г. Судебная медицина. Екатеринбург, 1996.
6. Грицаенко П.П. Судебная медицина. Екатеринбург, 1998.
7. Балякин В.А. Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения. М., 1962.
8. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем.
9. Миррахимов М.М., Брудный А.А., Мейманалиев Т.С. Об этике здоровья. Фрунзе., 1989.
10. Основы Законодательства РФ об охране здоровья граждан: Закон РФ № 5487-1 от 22 июля 1993 г. (с изменениями на 02.03.98).

## Вопросы для самостоятельной работы



1. Основные принципы классификации веществ, вызывающих зависимость.
2. Физический компонент наркозависимости, форма его определения.
3. Биологические механизмы предрасположенности к наркомании.
4. Токсическое опьянение, его основные характеристики.
5. Формы и стадии алкогольного опьянения.

## II. Социально-психологический аспект

«Я оказалась в колонии общего режима за хищение наркотиков. Нельзя направлять нас в такие колонии. Нельзя забывать, что мы больные люди. Когда наркоман попадает в общество ему не подобных, он раздавлен, затоптан».

*(Выдержка из письма 17-летней наркоманки, отбывающей наказание).*

Жизненный опыт, здравый смысл и научный анализ фактов давно убедил человечество, что наркозависимость: а) чаще наблюдается у людей, оказавшихся на обочине социального пространства; б) бывает уделом людей, испытывающих проблемы самоутверждения личности; в) приводит к деградации личности. А с этих позиций мы и рассмотрим обстоятельства, в которых возникает и формируется феномен наркомании как общественного явления.

Социальные проблемы (исключая криминальный оборот наркотических средств) можно разделить на расстройство средовой адаптации человека, инспирирующие появление наркопристрастий, и возникающие у наркозависимого лица из-за его отчуждения от общества и объединения с людьми схожей судьбы.

В данном разделе мы обратим основное внимание предрасполагающим обстоятельствам или, образно говоря, той почве, на которой возникла, укоренилась и процветает привычка социально несостоявшихся людей уходить от самого себя при посредстве одурманивающих средств. Когда речь идет не о глупом риске, наивной внушаемости или криминальном насилии в отношении обычного человека, а о своеобразной логике бытия, где социальное отчуждение начинается раньше знакомства с наркотическим веществом, а привычки уходить от проблем текущей жизни подобным образом (аддиктивная

форма поведения) органично вписываются в картину средовой дезадаптации в целом. Механизм социального отчуждения в своих основных чертах давно известен и применяется человеком издревле. Это: а) лишение прав и возможностей официально (вытескивание, сегрегация, дискриминация), когда индивид становится жертвой системы общественных отношений; б) ограничение вероятности получения достойной роли в реальных обстоятельствах (вытеснение средой), когда человек становится жертвой социальной стихии; в) депривация социальных потребностей развивающейся личности, когда несовершеннолетний становится жертвой воспитания.\* До XIX века в странах с авторитарными режимами, в том числе и в России, причиной тяги к одурманивающим средствам считалось, главным образом, социальное угнетение. И это понятно, ибо само устройство общества делило людей на достойных и лишенных достоинства.

Низшие сословия могли рассчитывать на очень ограниченную перспективу, с самолюбием простолюдинов никто не считался, закабаление носило откровенно унижительные для личности формы. Недаром среди этих маргиналов (по факту рождения) процветали все известные варианты пьянства (алкогольного, опиумного, кокаинового).

Достаточно вспомнить, сколько усилий царское правительство затрачивало на борьбу с алкоголизмом народа, будучи не в силах (да и не желая) идти

\* Депривация — обделенность (обкрадывание) как явление воспитательной запущенности.

на демократические реформы. Идея Великой французской революции 1789 года, закрепленные во Всеобщей декларации прав человека и гражданина (Свобода, Равенство, Братство), сформировали новое представление о демократии, где «равные права для всех, ни для кого никаких привилегий». В той или иной мере, раньше или позже, но именно они стали определять стиль взаимоотношений народов и их государств. Официальные формы дискриминации были повсеместно отменены. Социальное ограничение перестало быть основой политики. Тогда на первый план выступило социальное вытеснение под флагом свободной конкуренции. Со слабым человеком, лишенным поддержки общины, попросту перестали считаться. Социальное дно, где люди, воспринявшие личную независимость как «свободу колодника, вытолкнутого в степь», беспорочно пьянствовали, отвергая любые формы сотрудничества с обществом, описаны нашей литературой конца прошлого века очень убедительно. В те годы казалось, что главной причиной социального отчуждения выступает бедность, недостаточность стартовых возможностей людей в жизни, которая якобы лишает их уверенности в себе с самого начала. Нищета и пьянство понимались почти как синонимы. Однако победа угнетенных слоев населения в нашей стране и плоды научно-технической революции в остальном мире, позволившие снять проблему физического выживания, не уменьшили, а усилили наркотенденции. Стало совершенно ясно, что справедливость,

гарантирующая кусок хлеба, не снимает проблемы социального отчуждения. Материальное благополучие не увеличило число людей, согласных с обществом, но «перевело стрелки» протестных реакций. В обстоятельствах, когда повода бунтовать против существующего строя вроде бы не стало, недовольство человека своей ролью и позицией сместилось на уровень реальной социальной среды. Туда, где складывается не идеальная самооценка своего Я (как члена большого коллектива, класса, нации, субкультуры), а реальная, основанная на видимых и осязаемых отношениях с окружающими.

Сменился как образ протестующего, так и характер протеста. И тут оказалось, что процесс вытеснения гораздо сложнее дискриминации. «Новая волна» протестующих (мигранты, битники, хиппи, панки) убедительно продемонстрировала, что самой большой проблемой адаптации к современному обществу является преодоление страха вступления в него. Эти люди были не из числа изгнанных взрослыми людьми, а из числа не желающих взрослеть. Вытеснение для них началось раньше, чем они смогли занять определенное место в социальном пространстве. Они оказались не готовыми преодолеть пространство между детством и статусом взрослого человека. Мы условно обозначили эту группу «обкраденными в процессе воспитания». Остается лишь уточнить, каким способом общество вытесняет человека, если его открыто никто не выгоняет.

## Общие моменты социального отчуждения

Не секрет, что человеку недостаточно жить с людьми под одной крышей или маршировать с ними в одной колонне, чтобы считать себя членом общества. Можно вести себя правильно (внешняя социализация), оставаясь

внутренне отчужденным и даже враждебным, подавляя в себе осознанной волей чувство протеста, или при пассивном согласии постоянно держать в напряжении память, которая должна подсказывать, как нужно себя вести,

ибо живое чувство, которое само по себе должно подсказывать верную линию, отсутствует. Чтобы оно появилось, необходимо совпадение внутренних смыслов личности с ожиданиями окружающих. Это само собой не дается.

Духовное сродство (институализация) развивается у людей принятых (интегрированных) и занимающих роли, устраивающие личность (адаптированных). В противном случае, как заметил Э.Фромм, «человек теряет не только место в конкретном мире, но, перестав находить ответ на вопрос о смысле жизни, начинает сомневаться в самом себе». И если наркомания — удел людей с недостроенной личностью, то чаще всего речь должна идти о недостатке именно адаптации, дефекты которой и порождают большинство аддиктивных стремлений.

Расстройство адаптации начинается с того, что роли и позиции, которые общество готово представить человеку, его не устраивают. Это нормально, хотя и неприятно. Но с этим приходится мириться, так как признание, одобрение, поощрение, уважение — не милостыня, которую раздают направо и налево. Их нужно заслужить. И люди стараются изменить позицию в свою пользу, так как им нужен материал для строительства собственной личности, как организму — кислород и вода. Однако некоторым приходится особенно трудно. По разным причинам. И они начинают искать пути психологической защиты, в том числе и с помощью одурманивающих средств. В ущерб личности, но для ее сохранения. Как это происходит, мы рассмотрим хотя бы в самых общих чертах. Как известно, право на самостоятельность (доверие к личности), уверенность в защите со стороны общества (социальные гарантии), возможность повелевать (власть), из которых складывается представление

человека о своем достойном общественном положении, представляют коллектив, семья и среда неформального общения.

Еще в Древнем Риме естественными дарителями и ограничителями свободы признавались государство, семья и община. Именно в этих сферах социальных отношений человек с детства накапливает положительный (или отрицательный) опыт самопознания. Соответственно формируется и его самооценка.

В коллективе необходимы знание дела и умение действовать коллегиально. Самая лучшая роль отводится компетентному начальнику, которого слушаются с доверием. Однако далеко не всем удастся получить должность или овладеть мастерством. Кому-то придется мириться с более скромными позициями, вроде помощника, грамотного, но ненадежного в смысле управления специалиста, просто нужного для работы человека. А некоторым выпадает роль неумелых, не приветствуемых, не умеющих сотрудничать, которых терпят, не скрывая желания избавиться от них при первой возможности. Быть пасынком коллектива тяжело, особенно когда нет возможности его оставить (например, в школе).

В семье на первом плане стоит чувство защищенности, уверенности в том, что ты будешь принят таким, как есть. И лучше всего — сильной, сплоченной и социально самостоятельной семейной общиной. А если к тому же еще и с приязнью, не говоря уже о любви, лучшую основу для адаптации трудно себе представить. Хотя для большинства людей такая позиция не более, чем мечта. Очень многим приходится мириться с какой-то частью положительных эмоций: быть защищенным, но угнетаемым; любимым, но беззащитным; надеяться не на всех, а только на некоторых. А кое-кому приходится держаться

за семью, где его присутствие никого не интересует, а то и вовсе сопротивляться прямому выталкиванию. Даже в детском возрасте.

В среде неформального общения особо ценится умение пользоваться личной властью (понимать, чего хотят окружающие, уметь выразить общее настроение и обладать решительностью лидера). Естественно, такая роль достается лишь одаренным людям, остальным приходится платить за право быть членом группы какой-то частью своего самомнения. Это нормально, т.к. среда ценит человека именно за личные достоинства. Если таковые имеются. Поэтому некоторым приходится не только мириться с волей большинства, но и унижаться. Роль отвергаемого, помыкаемого, а то и вовсе избиваемого — не такая уж редкость там, где люди замкнуты в социальном пространстве и представлены сами себе.

Поражение в одной из сфер социальных отношений люди обычно переносят без особых огорчений, т.к. могут успешно компенсировать его за счет других положительных эмоций. Например, нелюбимый средой (по словам спортсмена, его любят лишь жена, да собака), но авторитетный тренер является собой пример социального успеха. Любимец среды и семьи может явно пренебрегать успехами по службе. Ну, а о популярных среди друзей и сослуживцев холостяках, можно было бы и вовсе не упоминать. Они встречаются на каждом шагу. Естественно, пока обстоятельства не потребуют адаптации именно к этой сфере, которую демонстративно не замечали: маменькин сынок в казарме, избалованный эгоист в бригаде, беспризорник в роли главы семьи. Расстройство адаптации могут быть очень сильными, но, как правило, разрешаются конструктивно, методом научения.

Поражение в двух сферах одновре-

менно компенсировать не удастся. Человек чувствует себя обделенным и ставится найти людей схожей судьбы, чтобы объединиться с ними. Там он — верный сторонник корпоративных ценностей, что позволяет ему пренебрегать правилами в других сферах не без демонстративности. «Зацепившиеся» в среде неформального общения тянутся к уголовной субкультуре. «Погруженные» в мир семейных отношений бывают нередко враждебны всему остальному миру. «Законсервированные» службисты стараются не выходить за шаблоны поведения, как герой С. Давлатова, «вся жизнь которого состояла из мужества и пьянства, а воплощением мужества стали опрятность, резкий голос и умение пить, не закусывая».

Поражение в трех сферах одновременно ставит человека перед выбором: признавать свою абсолютную никчемность или искать личностные смыслы вне реального окружения. При этом не нужно забывать, что строить личность из воображаемого материала невозможно. Так что люди, оказавшиеся в подобной ситуации, чаще всего, формируют собственный образ из случайных успехов, выпадающих на их долю, без какой-то определенной системы. Опереться на личность, «слепенную» их фрагментов, весьма проблематично, так что аддитивные стремления для таких людей если и не обязательны, то весьма вероятны.

Описанная выше схема средовой дезадаптации может настичь человека в любом возрасте. Каждый может оказаться на обочине. Как говорится: «От сумы, да от тюрьмы не зарекайся». Примеров множество, когда казалось бы, налаженная судьба скользит под откос. Работа потеряна, семья распалась, и человек с удивлением обнаруживает себя в ночлежке, как Барон в пьесе М. Горького «На дне». Особенно в тех случаях, когда благополучие было мни-

мым и прикрывало собой экологическую нишу, удерживаемую волей кого-нибудь из родственников: матери, отца, тетки или сестры. Смерть хранителя адаптации обрушивает на такого скрытого аутсайдера, который вроде везде был приспособлен, огонь «губительной свободы» не без участия одурманивающих веществ. Такое развитие сценария

не редкость в судьбе наркозависимых людей, но истинную проблему создают вовсе не подобные «обломы», а медленное и порою незаметное для поверхностного наблюдения оттеснение ребенка на обочину, превращение его личностного развития в изматывающую борьбу за становление собственного Я, чреватую риском аддитивных тенденций.

## Отчуждение в процессе воспитания

Все процессы социального отчуждения несовершеннолетних следует рассматривать, по меньшей мере, в трёх измерениях:

- ✓ - политическом, когда институты воспитания меняются под влиянием культуры и цивилизации, с чем остается лишь считаться как с неизбежной реальностью;
- ✓ - педагогическом, зависящем от позиции взрослых людей в отношении подрастающего поколения, чьи ошибки в известной мере обусловлены разумным выбором неверных решений;
- ✓ - личном, где проблемы средовой адаптации возникают из-за стечения тяжелых обстоятельств в индивидуальной судьбе конкретного человека.

С точки зрения **политики** обычно рассматриваются явления массовые, отражающие состояние всего детского населения в целом. Например, эпидемия токсикомании, охватившая советских детей отроческого возраста в середине 80-х годов. В те годы стремление «прогуляться» в мир иной, вдыхая пары бензина или синтетического клея до потери сознания и появления сновидных галлюцинаций (мультиков, как они их тогда называли), охватило несовершеннолетних всех слоев населения, вполне благополучных по принятым тогда меркам. Волна этого своеобразного наркопристрастия появилась сразу по всей стране без каких-либо действий со стороны общества и государ-

ства, которые могли бы подтолкнуть детей к такому поведению, и слынула через несколько лет без какой-то специальной программы, направленной на борьбу с ней, оставшись в сравнительно немногочисленном сообществе «уличного племени» 10 — 13-летних социально и педагогически запущенных детей.

С высоты сегодняшнего опыта можно предположить, что несовершеннолетние растерялись ввиду каких-то фундаментальных перемен в укладе жизни, которые были незаметны взрослым. И скорее всего, это было начало процесса, когда школа и семья начали меняться ролями в процессе воспитания, еще не осознавая происходящее, но уже утратив твердую почву под ногами.

Дальнейший ход событий подтвердил, что наша страна действительно шла к демократическим переменам, отбрасывая заботу о социальных гарантиях раньше, чем рынок позволил людям заботиться о себе без посредства государства. И в сфере воспитания это делалось почему-то самыми быстрыми темпами.

Не исключено, что мы в известной мере начали переживать своеобразную культурную революцию в отношении с детьми, отголоски которой доходили до нас в 60-е годы. Суть ее можно представить в самых общих чертах следующим образом. Коллектив учеников, руководимый твердой рукой наставника,

уверенно выражающего позиции общества и государства, да еще вооруженный «лозой целительной», многие века определял дух воспитания. И действовал очень эффективно.

Культура вообще и социальные роли в частности легче всего усваиваются именно таким образом. От приобщения к общему делу ребенок ощущает гордость и уверенность в себе, даже не занимая сколько-нибудь выдающихся позиций. Социальный опыт быстро и надежно укладывается в его самосознании.

Отдать приоритет домашнему воспитанию означало сильно усложнить внутреннюю работу по строительству личности, что само по себе не могло не вызвать реакции со стороны возрастной психологии.

Семья, которая по замыслу реформаторов должна была занять место школы в воспитательном пространстве, также растерялась. За долгие годы, когда ей отводилась скромная роль обеспечения явки детей в образовательные учреждения накормленными, родители утратили многие воспитательные навыки. А если учесть, что и потенциал необходимых средств (эрудиция, материальное обеспечение, свободное время взрослых) до сих пор просто негде взять, единственным ответом семьи на изменившийся уклад жизни, когда детей после уроков просто выталкивают за порог школы, было обеспечить тем возможность безопасно сидеть дома у телевизора или компьютера.

В нашей стране роль общественно-го воспитания была тем более значительна, ибо Манифест Коммунистической партии, чьи идеи определили политические догмы, на основе которых строились педагогические аксиомы, прямо нацеливал на замену домашнего воспитания коллективистским. Так что, если народы мира, следуя логике буржуазной цивилизации, должны были

просто освободиться от остатков патриархальности и превратить учителя из глашатая нравственных начал в простого «платного наемного работника», лишив его деятельность ореола, на который предки смотрели с благоговейным трепетом, то у нас должна была ломаться целая школьно-бюрократическая традиция. Естественно, столь серьезные перемены не смогли обойтись без ошибок и упущений в самой воспитательной тактике, не заметившей или проигнорировавшей какие-то важные и специфические моменты, свойственные природе человека.

В этом смысле к одной из заметных педагогических причин социального отчуждения молодежи следует отнести перенос знакомства с навыками социальных ролей на подростковый возраст. Традиционная советская педагогика не жалела сил на отработку у детей навыков исполнения определенных социальных ролей в организованном сообществе, руководимом взрослым человеком. Массовые детские объединения, кружки, секции и т.п. ставили перед собой, прежде всего, воспитательные задачи. Благодаря этим усилиям ко времени рождения личности, когда примерно в 14-летнем возрасте пробудившееся самосознание начинает ориентироваться в образе собственного Я, человек подходил с привычками вести себя соответственно тем ролям, которые усвоил загодя, следуя инструкциям наставников. Образно говоря, личности была готова колыбель на первое время, пока социальные нормы и правила должны были плавно переходить во внутренний смысл поведения. В какой-то мере это не только помогало, но и угнетало человеческую индивидуальность. А поскольку «беспрерывные перевороты в производстве, непрерывные потрясения всех общественных отношений, вечная неуверенность и движение отличают бур-

жаузную эпоху от всех других», любые ограничения, программирующие поведение, пришли в противоречие с главенствующей идеей социального прогресса.

Следуя логике реального бытия, взрослые изменили стиль общения с детьми. На первый взгляд, дети вроде бы неоправданно повзрослели. С ними начали советоваться по вопросам, недоступным их пониманию; прислушиваться к мнению без учета жизненного опыта; приобщать к забавам, не доступным детскому мироощущению; вовлекли в пороки, еще лишенные привлекательности. Законы дают детям право оспаривать родительскую власть в суде. Рынок готов считаться с ребенком как с продавцом и покупателем. Однако такая свобода имеет одну особенность, на которую издревле указывали воспитатели молодежи, предостерегая от преждевременного опыта реальной жизни — она не формирует социальных навыков организованного поведения. Дети растут дерзкими, но зависимыми. Что и получается на наших глазах.

Появление самосознания, означающее рождение личности, всегда обрушивается на человека в той или иной мере неожиданно. И это понятно. Сколько не наблюдай за жизнью людей, пока потребность общения с самим собой спит, истинный смысл окружающих предметов и отношений будет скрыт. Образно говоря, по достижении подросткового возраста человек обнаруживает себя на берегу целого периода жизни (подростково-молодежного), другой берег которого (взрослость) теряется для него в тумане. Оглядываясь, вчерашний ребенок не обнаруживает рядом лодки из привычек социального поведения, в которой можно было бы преодолеть дистанцию, не погружаясь в ледяную воду социальных экспериментов. К тому же, чтобы перенести свою индивидуальность на тот

берег, необходим внутренний компас личности, ориентированный на свойства и качества, к которым нужно стремиться в работе над собой: достичь уважения людей, научиться управлять другими, освоить самообладание, обнаружить неизведанное людям, отличать искусство от ремесла и т.п. Для этого тоже требуется предварительная тренировка. Одним словом, чтобы поставить подростка на грань переходного возраста в готовности самому осваивать социальные роли, нужны высокие технологии воспитания и развитая педагогическая культура как общества в целом, так и отдельной семьи. Недаром молодежь тех народов, которые начали демократические перемены на фоне авторитарных привычек, как правило, испытывала чувство потерянного поколения. Распушенность нравов, сменяющая традиционный аскетизм, повторяется в такие моменты истории с неумолимостью рока. И наша страна здесь не исключение.

Скорее всего, дело в том, что взрослые, не обладающие врожденным педагогическим интеллектом и не переболевшие, в свое время, свободой выбора жизненного пути, склонны впадать в иллюзии относительно самостоятельности своих детей и пускают дело на самотек раньше, чем это позволительно. Или, не умея сохранить за собой позиции в новых обстоятельствах, трусливо отказываются от роли наставника. Так что, лишь немногие, на чье воспитание родители не жалели сил, подходят к кризису с необходимым потенциалом и внутренним зрением, позволяющим отличать условность молодежных норм от жизненных смыслов настоящей культуры. Для остальных соблазн подростково-молодежной субкультуры предстает как искушение остановиться в личностном развитии. Свобода выбора личностной конструкции и возможность ограничиться ее



недостроенным вариантом, удерживает в характере многих людей слепое упорство, детские шалости с серьезным риском и склонность к безмотивному протесту. Аддиктивное поведение встречается в таких случаях довольно часто:

✓ - в форме легкомысленных экспериментов с тем, что не разрешают;

✓ - как способ отодвинуть проблемы адаптации к большой культуре на неопределенный срок. Конечно, в подавляющем большинстве случаев дело не доходит до наркозависимости, ограничиваясь, как правило, рутинным пьянством в рамках более или менее примитивного бытия, обеспеченного нехитрыми развлечениями, поставляемыми массовой культурой.

Значительно хуже бывает тем, кто в дополнение к проблемам своего поколения, испытывает на себе давление тяжелых **личных обстоятельств**. Для них, кого не приветствует школа, не понимает и не защищает семья, не понимает и отталкивает улица, социальное отчуждение становится вполне естественной защитной реакцией. До рождения личности, когда человек еще не может уйти от равнодушного и враждебно настроенного общества в мир внутренних переживаний (тот ему еще не открылся), ребенок остается, в полном смысле этого слова, заложником воспитательной ситуации. И это понятно. Ведь для строительства личности, чтобы та стала фактом его судьбы (появилась, развилась, созрела и окрепла), необходим материал — положительное отношение окружающих, дающее информацию, из которой и возникает Я-образ. Всем известно, что из отрицательных оценок личности построить невозможно. Недаром Конвенция о правах ребенка 1949 г. специально подчеркивает необходимость для нормального развития «условий свободы и достоинства». Так что, дети которых только прищипывают, испытывают духовный голод

(дефицит успехов), далеко не всегда, кстати сказать, замеченный взрослыми людьми, ответственными за их воспитание. Дело в том, что он (голод) еще не осознается до такой степени, чтобы на него можно было пожаловаться родителям или учителям. Он трудно объясним и слишком эмоционален по своей природе. Его трудно описать. Так что неудачникам остается лишь смириться со своей никчемностью и признать, что любой успех в их жизни от удачной случайности, а поражение — логично и ожидаемо, либо реагировать инстинктивно, слепо и разрушительно. Например, когда 10 — 12-летний неудачник социальной адаптации убегает из дома, он рвет столько жизненно необходимых связей, что такой акт можно смело ассоциировать со своеобразным гражданским самоубийством. В этом возрасте жить не как все, очень неестественно, вроде бы как и не жить вовсе. Недаром в среде бродяжничающих детей отроческого возраста, так стойко удерживается токсикомания парами ядовитых испарений, нередко заканчивающаяся для некоторых самоубийством в прямом смысле слова.

К счастью, большинство неудачников адаптации не имеют характера для столь решительных поступков и остаются «в миру» со своими ощущениями малоценного члена общества. Для них (как, впрочем, и для уличного племени) пробуждение самосознания несет в себе чувство неимоверного облегчения. Вдруг открывается, что не все в жизни зависит от равнодушного настроенного общества. Можно сделать внутренний выбор, найти себе по вкусу субкультуру, из которой можно черпать материал для строительства нравственных ценностей и социальных ориентаций. К тому же, на несколько лет подростки сходятся в группы, где прежние успехи теряют цену, а социально неискушенные отличники стараются перенимать

опыт независимых троечников. Сказка о гадком утенке становится реальностью. Первое время ощущение своей значимости переживается настолько остро, что вообще затемняет способность видеть отдаленные жизненные перспективы. Прежний личный опыт как бы отменяется, и слепая оппозиция по типу «мы без взрослых проживем», доминирует в поведении вчерашних неудачников. Юноши тянутся к криминальной среде. Девушки открывают для себя перспективы в сексуальной среде, где они оказываются нужны и привлекательны (кому нужны и чем привлекательны - пока не очень осознается, но зато обостренно переживается). И те, и другие под влиянием нахлынувших новых впечатлений начинают употреблять одурманивающие средства из числа тех, что оказывается под рукой. Сейчас доминирует не аддиктивное стремление (бежать не от чего), а любопытство к асоциальной стороне жизни, как доступной и привлекательной сфере обитания. Естественно, кое-кто попадает в наркотическую зависимость, особенно если экспериментирует с героином.

С течением времени, когда нормальные воспитанные сверстники, переняв навыки самостоятельности, возвращаются к социальным потребностям, воспитанным у них с детства, и следуют

### **Индивидуальные отличия наркозависимых людей**

По данным Т.Кокса (1985 г.), из 1500 публикаций о проблемах наркотизма 70% касаются связей личности с одурманивающим веществом, однако подтвердить или опровергнуть наличие таковых никому достоверно не удается. Есть лишь мнения, точки зрения, выводы, основанные на более или менее обширных эмпирических данных. Причем, уровень этих обобщений разный. Например, Д.Е.Бехтель считает веду-

дальше по жизни своим индивидуальным путем, для тех, кто растратил время переходного возраста на эмоциональное расслабление, наступают тяжелые времена. Новое поколение бесцеремонно оттесняет их в сообщество взрослых людей, чья культура угрожающе нависает над головой настоящими ожиданиями и требованиями к человеку. Неудачникам остается лишь бороться за сохранение места в молодежной субкультуре, либо искать экологическую нишу в субкультурах для ущербных людей, либо затаиться в микросреде снисходительно поддерживающих их людей на ролях не совсем полноценного человека. Первые поддерживают свой дух стимуляторами и склонны принимать вещества, позволяющие «отодвинуться» от жизни. Среди них особенно заметны марихуана, кокаин, экстази. Вторые усваивают аддиктивные привычки среды, в которой оказались волею обстоятельств. Третьи — переключаются на пьянство. В большинстве случаев, когда человек становится наркоманом или алкоголиком в зрелые годы, речь идет не о внутренней катастрофе зрелой личности под давлением непреодолимой силы обстоятельств, а о крушении компенсаторных механизмов, которые были созданы недостроенной личности близкими ему людьми или нормами системы

щим признаком наркотической предрасположенности «аструктурность», воплощенную в отсутствие четкой структуры мотивационной сферы, не выработавшей своего отношения к окружающему миру (вспомним тезис о «недостроенной личности», который уже звучал в разделе о социологических аспектах проблемы). По его мнению, такого человека отличают: а) нестойкость жизненных интересов и ус-

тановок; б) отсутствие интереса к труду, общественной жизни и культурному отдыху; в) повышенная конформность\*; г) недостаточность критики к собственным недостаткам. Другие авторы подчеркивают значение таких качеств, как тревожность, склонность испытывать психическое напряжение при столкновении с препятствиями (фрустрированность), стремление одновременно повелевать и пребывать во власти. Тем не менее, несмотря на значительную разноплановость мнений относительно психических, характерологических и личностных свойств, по которым можно было бы прогнозировать вероятность появления наркотических пристрастий, психологические тесты взяли на себя смелость делать соответствующие выводы. И хотя мы лично не разделяем точки зрения о возможности такого рода прогнозов и более того, относимся к подобной практике как нарушению прав человека, специфику образа потенциального алкоголика или наркомана намерены рассмотреть несколько подробнее. Для примера мы взяли тест Кеттела (16-ти факторный), часто применяющийся в нашей стране в целях профессиональной ориентации, в том числе и по фактору риска наркопристрастий.

Его автор определил в качестве индикаторов следующие признаки:

- взаимодействие с внешним миром (боязнь суровых требований, склонность переживать жизненные неудачи как внутренние конфликты, способность легко менять точку зрения, свободная трактовка общепринятых норм при внутренней скованности, невозможность расслабиться даже в благоприятной обстановке);

- самоощущение (чувство неспособности справиться с жизненными трудностями, тенденция считать себя гонимым, беспричинная тревожность);

- эмоциональная сфера (импульсивность, раздражительность, склонность к риску в сочетании с ранимостью, чувствительностью);

- поведение (несоблюдение моральных норм реальной группы обитания, тенденция попадать в проблемные ситуации при терпимости к неудобствам и общем нежелании перемен);

- деловая сфера (безответственность, внутренняя недисциплинированность, недобросовестность, серьезные проблемы в руководстве людьми, склонность уходить от ответственности, не доводить дело до конца.

Резюмируя вкратце — неуравновешенная эгоистичность и инициативность с чувством неуверенности в себе. Заметим от себя — типичные отличия подростковой психологии.

Нетрудно заметить, что почти все перечисленные выше качества в той или иной мере свойственны неудачникам, вынужденным мириться с гнетущими обстоятельствами. Так что, подобные индивидуальные отличия могут быть как врожденными, так и приобретенными. Тем самым, незрелость, неудачливость и амбициозность принимаются за основу превентивной психологической диагностики в теории. В реальной жизни индивидуальная психология не столько определяет, выбрать или нет аддиктивное поведение вообще (чаще там срабатывают социальные механизмы), сколько дает о себе знать в выборе той или иной формы наркопристрастия.

**Привыкание** с последующей зависимостью — традиционная форма наркомании, свойственная веществам с эффектом опьянения и знакомая людям с незапамятных времен. Алкоголь, опий-сырец, листья коки отличаются характером переживаний, которые они вызывают, схожие в некоторых компонентах своего разрушающего влияния

\* Конформизм — приспособленчество, бездумное следование общим мнениям.

на личность. Недаром описания европейских алкоголиков, восточных курильщиков опиума и южно-американских коксерос во многом совпадают. У всех — утрата воли, интереса к жизни, «потухший» взгляд, расслабленная координация движений, социальная и гигиеническая запущенность, пренебрежительное отношение к общественным ценностям, крайний эгоцентризм. Чтобы прийти к такому финалу, нужно не только употреблять опьяняющие средства, но и иметь известное предрасположение именно к зависимости. Ведь не каждый, употребляющий алкоголь, заслуживает эпитета пьяницы, а из числа последних только некоторым диагностируют хронический алкоголизм. Этот факт известен и многократно изучался с разных сторон, так что на сегодняшний день сложилось более или менее устойчивое мнение, что основополагающих причин наркозависимости три: слабость адаптивных возможностей личности; сродство обмена веществ в центральной нервной системе к конкретному наркотику; стечение тяжелых личностных обстоятельств. И поскольку о биологическом и социальном аспекте мы говорили выше, сейчас основное внимание будет обращено на психологию. Причем, весь психологический контекст мы разделим на две сферы — индивидуальные отличия нарконеустойчивого характера и деградация личности под влиянием одурманивающих веществ.

Характер, склонный к соблазну опьянения (уход от проблем текущей жизни в привлекательное состояние духа), многократно описан как в научной, так и в художественной литературе. Суть его индивидуальных отличий сводится к нескольким моментам. Во-первых, сла-

бость жизнеутверждающей воли: самоограничение активности в стремлениях. Во-вторых, склонность к самолюбованию: созерцательность, недостаточность критики к себе, амбициозность. В-третьих, своеобразная нечеткость самосознания: неумение вступить с собой в коммуникацию, склонность в одиночестве испытывать чувство растерянности, стремление «прилипнуть» к любому реальному сообществу несмотря на явный когнитивный диссонанс\*.

Созерцательная амбициозность, пребывающая в кандалах тягостной зависимости (аффилиативной)\*\* от реального окружения, настроенного, как правило, не в пользу алкоголика, порождает сильный импульс найти гармонию Я-реального и Я-идеального в сфере воображения, когда недостаток внешних поощрений компенсируется аддиктивным подъемом духа. Силу такого соблазна не нужно недооценивать. Конфликт с собственным Я — вообще один из основных источников душевных страданий, и не только в проблеме наркотизма. Неврозы также появляются не от дурного обращения, а от внутреннего разлада. Так что у нас есть все основания прислушаться к мнению авторов, склонных считать наркопредрасположенность скорее одним из вариантов невропатии, чем проявление порочной воли. Постепенно опьянение начинает вписываться в жизненные планы человека, занимать определенное место в его жизненном пространстве. Обычные же ценности (семья, работа, учеба, друзья, карьера, хобби) бывают вынуждены потесниться.

По мере закрепления привычки находиться в нетрезвом состоянии, тяга к одурманивающему веществу дает о себе знать и в других сферах. Человек начи-

\* Когнитивный диссонанс (от лат. *cognitio* — знание, познание) — расхождение имеющегося у субъекта опыта с восприятием актуальной ситуации (понятие введено в психологию Л.Фестингером).

\*\* Аффилиация — стремление к эмоциональной общности с реальным окружением.

нает употреблять его в неподходящее время, в ненадлежащем месте, без соответствующего повода. Пьяница отдаляется от людей, которые были ему близки, но не разделили его пристрастий, мотив общения с остальными заметно примитивизируется. Теряется контроль за количеством принятого алкоголя. В случае алкоголизма это выглядит как стремление выпить все, что стоит на столе, и манера засыпать там, где было организовано застолье. Для иных наркотических привычек — утрата контроля за впечатлением, которое возникает у окружающих. И наконец, все поведение, связанное с опьянением, начинает противоречить личностным установкам человека, формируется новая индивидуальность, в которой близкие и знакомые люди видят совершенно незнакомые им черты.

Организм реагирует на исчезновение из крови наркосодержащего вещества состоянием сильного эмоционального дискомфорта, способного заставить забыть не только о чести и достоинстве, но и элементарных приличиях. Кроме того, тягостные физические ощущения (сухость во рту, дрожь в руках, потливость, неусидчивость) в сочетании с падением духа, тревожностью и депрессией, дополняют картину абстинентного состояния. Перечисленные впечатления, к тому же, совпадают по времени с периодом, когда теряется критика к себе, человек перестает улавливать отрицательное отношение окружающих к нему, как к личности, и не слышит высказываемых претензий, легко находя им самооправдание. Уверенность в своей значительности начинает явно контрастировать с реальностью. В мотивации поведения эмоциональный компонент доминирует над рациональным. «Надоело» считается веским аргументом для принятия решений с весьма серьезными последствиями. Уклад жизни, фокусированный на стремлении

к опьянению, естественно сказывается и на деловых отношениях. К тому же изменения самосознания делают пьяницу беззаботным, а слабость воли позволяет мириться с очередным увольнением.

Распад личности завершается, когда опьянение перестает нести облегчение, а становится тяжелой необходимостью. Наркотические приоритеты полностью вытесняют иные ценности. Отношение к окружающим окрашивается подозрительностью. Наступают расстройства психического здоровья, требующие лечения. К счастью, до крайних вариантов наркозависимости доходят немногие из тех, кто склонен к наркопристрастиям.

Большинство людей, пользуясь тем, что личность разрушается постепенно, успевают сами или под влиянием окружающих мобилизовать оставшиеся ресурсы и перестроить свои отношения с наркотиками на стадии, когда возникшие дефекты можно в той или иной мере компенсировать. Порою бывает, достаточно придать жизни дополнительный смысл, ограничить волю жесткими предписаниями, вернуть утраченную веру в свои возможности, чтобы остановить деструктивные процессы. Как говорится, пока сохраняется ядро личности, надежду терять не следует.

**Надлом личности под воздействием героина не имеет психологии.** Здесь все начинается с рискованного эксперимента над собой (по глупости, легкомыслию, импульсивности, внушаемости и т.д.) и быстро переходит на уровень психопатологии. Должно быть, биологические механизмы формирования наркозависимости (отмеченные сразу после изобретения героина) обладают столь мощным влиянием на инстинкты, что личность человека, позволившего себе испробовать, не относится ли он к числу предрасположенных, быстро перестает играть хоть какую-то кон-

структивную роль. Ошеломляющая переносимость гигантских доз и ужасная картина абстиненции свидетельствует об этом очень убедительно. Для сравнения достаточно представить, что может побудить человека разрезать себе кожу, обнажить вену и вколоть в нее иглу — случай ординарный для наркоманов — разве что укус ядовитой змеи, когда страх неминуемой смерти заставит нас не дрожащей рукой расположить место укуса, чтобы удалить яд вместе с вытекающей кровью.

Так что этапы перехода от ознакомления к привыканию и далее к зависимости с ощущением наркотической реальности как своего естественного состояния, очень быстро сменяют друг друга.

Образно говоря, героин сам формирует «под себя» новую личность, узнать в которой прежнего человека с присущими ему чувствами, привязанностями, мыслями, стремлениями становится все труднее. Привычные социальные связи быстро рвутся. Теряются любые формы солидарности. Вопиющая гигиеническая запущенность не заставляет себя долго ждать. Редкий героиновый наркоман, почувствовавший абстиненцию в подростковом возрасте, доживает до 30–35 лет, если общество не найдет способа прервать его контакт с наркотиком.

На сегодняшний день период массового знакомства молодежи с героином, когда сам наркотик воспринимался как экзотический (а значит и интересный) продукт зарубежного производства, сменяется более осмысленным отношением к наркомании в целом.

Современные юноши и девушки (взрослые и раньше начинали прием героина крайне редко) не так легко поддаются провокациям черного рынка. Наркотик стал частью нормальной культуры, а не слепой моды. Подросток обладает достаточной информацией, что-

бы взвесить вероятные последствия. Хотя бы по наблюдениям за судьбой несчастных, которых социальная среда затаптывает на его глазах.

Поэтому методы приобщения несовершеннолетних к героину все больше криминализируются. Потребителями наркотиков стремятся сделать детей, подсовывая им его под видом сладостей или развлечений, а то и в форме прямого принуждения из расчета на то, что биологические механизмы пристрастия начнут работать раньше того, как разум будет в состоянии оценить фактические и социальные последствия таких экспериментов.

**Средовая дезадаптация** со стремлением «отодвинуться от проблем» самоутверждения личности здесь и сейчас присуща людям, которые испытывают затруднения в коммуникации с собственным Я.

Мы уже останавливались на этом, когда рассматривали причины социального отчуждения несовершеннолетних, где наркопристрастия выступают не как таковые, а лишь фрагментом патологического развития. Однако и в зрелом возрасте бывают кризисы, когда у людей возникает соблазн дать себе аддиктивную отсрочку от необходимости делать внутреннее усилие. В таких случаях выбор конкретного вещества или средства не имеет особого значения, а берется то, что оказалось под рукой. В самой общей форме речь идет о состояниях, когда личность перестает соответствовать ожиданиям человека и он хватается за одурманивающее средство, чтобы ничего не менять в себе самом.

Наиболее изучен и подробно описан вариант *«конфликт с непризнаваемыми свойствами личности»*. Присущие ему переживания составляют основу психоанализа и обозначаются как защитные психологические механизмы: а) сублимация — способность менять не-

досягаемую цель на возвышенную; б) вытеснение — отстранение, удержание вне сознания определенных психических содержаний; в) отрицание — бессознательный отказ от личного опыта; г) рационализация — смена ценностных ориентаций при совершении когнитивно неприемлемого поступка; д) отрицательная реакция — выбор пути, ведущего к поражению; е) проекция — приписывание другим присущего себе; ж) изоляция — передача недостойного какой-то части Я, не бросающей тень на личность в целом; з) регрессия — возвращение на более примитивный уровень отношений под влиянием неуверенности в себе. Перечисленные механизмы определяют теневую часть личностного пространства и являются способами избежать признания своей никчемности. Они составляют основу невроза, однажды образно названного З.Фрейдом «монастырем для слабых духом».

На второе место следует поставить *крушение привычных стереотипов* жизни, составляющих контур или оболочку, оберегавшую социально недостроенную личность от необходимости ориентироваться на себя самого.

Здесь также есть несколько вариантов:

1) Помещение в социальную среду, чьи экспектации (ожидания) игнорировались по типу «исключения третьего», и отсутствуют навыки адаптации к ее специфичным условиям. Например, призыв на военную службу «маменькиного сынка»; отторжение трудовым коллективом «любимца публики»; дефицит привязанностей у «вытолкнутых семей». Вероятность появления чувства дискриминации в самых обыденных обстоятельствах и стремление уклониться от проблем адаптации с помощью одурманивающих средств весьма вероятны.

2) Лишение «экологической ниши»

дезадаптированного в двух сферах общения. Например, смерть родственника, устраивавшего жизненный уклад; освобождение из мест лишения свободы после долгого срока; потеря трудового коллектива, где человек не только работал, но и жил. Лишившись общества людей схожей судьбы, человек остается без привязанностей в практически незнакомой социальной среде, где он жил до сих пор в известной мере лишь формально. Ощущение растерянности, неуверенности в себе, переживается в такие периоды особенно остро.

3) Разочарование маргинала в ценностях, избранных им в качестве духовной опоры, встречается, в частности, в период крушения персонифицированных идеалов, но в обыденной жизни чаще всего связано с «изменой» человека, который устал быть объектом привязанности ни к чему не пригодного человека.

Третье место занимает своеобразный феномен, который можно обозначить как *истощение ресурса развития личности*. Нечто подобное встречается время от времени и в обыкновенной жизни нормального человека, когда достигнуты намеченные ориентиры и нужно искать новые смыслы существования. Такие состояния называют возрастными кризисами, объясняя ими причины легкомысленных и импульсивных поступков до того вполне уравновешенного человека.

Как правило, речь идет о том, что, не видя перспективы внутреннего роста, он идет на повторение стереотипов, образно говоря, меняет лишь декорации (новая семья, смена профессии, отъезд в другие края и т.п.). Здесь дело обходится без аддитивных стремлений, скорее наоборот — динамизм жизни скрывает внутренний конфликт, а необходимость действовать отвлекает и успокаивает.

Однако в случаях, когда в силу тех или иных обстоятельств человек все-таки остается наедине с самим собой, нарастает напряжение разочарования, и личность ведет себя как система, запрограммированная на самоуничтожение.

Аддитивная форма бытия воспринимается более реально, чем обыденная жизнь, как новый способ существования. Психическая зависимость от одурманивающих средств формируется довольно быстро и нередко бывает связана не только с изменением мироощущения, но и мировоззрения.

И, наконец, имеется вариант наркопристрастий, когда человек *не может адаптироваться к статусу больного* (речь здесь идет, как правило, о достаточно тяжелых заболеваниях) и продолжает принимать психотропные лекарства, в которых уже отпала объективная необходимость. Тем самым, он как бы отгораживается от необходимости сделать внутреннее усилие и перестроить свои установки в свете наступивших изменений. Ему не дается новый стиль взаимодействия со своим

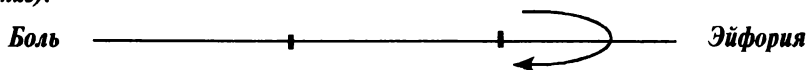
организмом, что формирует «лекарственный невроз» или «лекарственную зависимость». По сути, она не является наркопристрастием, но по форме должна быть отнесена к этому классу явлений, т.к. используются фармакологические средства, обозначенные в соответствующем перечне, и их употребление нельзя признать достаточно обоснованным с точки зрения медицины.

Таковы, в общих чертах, социально-психологические факторы, предрасполагающие к наркозависимости, или создающие фон, на котором она возникает под влиянием множества конкретных поводов. Они могут существовать и вне аддитивных тенденций, но все-таки значительно чаще человек начинает использовать одурманивающие средства. А дальше вступают в силу закономерности разрушительного влияния наркосодержащих или токсических средств на личность и организм человека. Деструктивный процесс набирает силу. Чтобы его остановить требуются все более решительные действия. За дело берется медицина.

## Приложения

I. Раздел «Развитие болезни» из проекта лечения алкоголизма ЛА-КРОСС.

**Первая фаза: Привыкание к переменам в настроении (автономное привыкание).**



А. Первое употребление спиртного вызывает доселе неизвестное приятное чувство (химически вызванная эйфория).

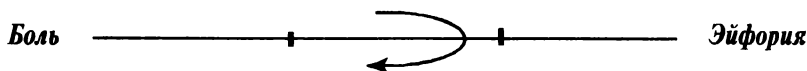
Б. Человек узнает, что употребление спиртного всякий раз приводит к временной перемене в настроении.

В. Привыкает доверять спиртному и вызываемым им эффектам.

Г. Привыкает контролировать степень колебания в настроении, регулирует количество потребляемого спиртного.

Д. Впервые одним из основных жизненных приоритетов для человека становится выпивка.

**Вторая фаза: Стремление вызвать перемены в настроении.**





А. Впервые появляется негативный аспект выпивки — дискомфорт физический (похмелье) и эмоциональный (чувство вины).

Б. Употребляет спиртное в подходящее время и в соответствующем месте.

В. Сам вырабатывает правила употребления спиртного и следует им, например: «Я не пью до конца рабочего дня».

Г. Повышается переносимость спиртного.

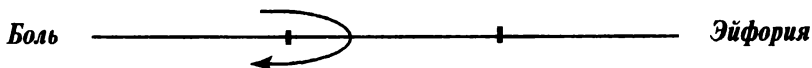
Д. Все большую важность приобретает состояние опьянения.

Е. Иногда начинает формироваться круг собутыльников.

Ж. Все еще способен контролировать место и время выпивки, количество спиртного и последствия его употребления.

З. Начинает меняться список жизненных ценностей.

**Третья фаза: Болезненная зависимость.**



А. Временами начинает испытывать потерю контроля над выпивкой. Больше не может гарантировать исход выпивки.

Б. Во время этих эпизодов поведение человека противоречит его жизненным установкам и в свою очередь становится причиной эмоционального дискомфорта для него.

В. Находятся самопроизвольно возникающие оправдания, которые скрывают эти чувства от больного. Утрата ясной картины ведет к дальнейшим заблуждениям.

Г. Человек не отдает себе отчета в отрицательных чувствах по отношению к себе, поэтому никак на них не реагирует. В результате развивается хроническое эмоциональное расстройство.

Д. Растущее чувство предвкушения выпивки, поглощенность этой мыслью.

Е. Жизненный уклад начинает меняться и фокусироваться на выпивке.

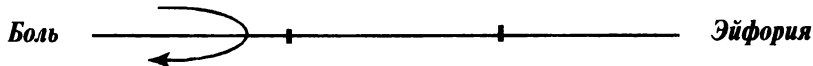
Ж. Повышается переносимость спиртного, что заставляет больного прибегать к хитростям, чтобы добыть, спрятать и выпить спиртное.

З. Установленные во второй стадии правила в отношении выпивки теперь постоянно нарушаются.

И. Начинается всесторонняя деградация личности, по мере того как нарастают проблемы со здоровьем, духовной жизнью, эмоциональной стабильностью, развивается кризис межличностных отношений.

К. Выпивка становится главным приоритетом.

**Четвертая фаза: Ощущение естественности происходящего (фаза избегания реальности).**



А. Употребление спиртного для того, чтобы выжить, а не для удо-вольствия. Большие не чувствует состояния эйфории от выпивки, как это бывало раньше.

Б. Учащающиеся провалы в памяти.

В. Переносимость спиртного, появившаяся на третьей фазе, исчезает.

Г. Остановка психического развития.

Д. Может развиваться физическая зависимость.

Е. Присутствует параноидальное мышление.

Ж. Человек пытается физически бежать от привычного места.

З. Потеря воли к жизни и полная безнадежность.

*И. Полное нарушение былых жизненных установок и принципов.*

*К. Большая склонность к самоубийствам.*

*Л. Напрасно пытается получить былое удовольствие от спиртного. Жизненные приоритеты или полностью отбрасываются, или прямо противоположны стилю жизни. То, что раньше было важным, больше не играет никакой роли в жизни больного по мере того, как спиртное становится интересом номер один для него. Все остальные приоритеты в лучшем случае отходят на второй план.*

2. Выготский Л.С. Проблемы возрастной периодизации детского развития // Вопросы психологии. 1972. № 2. С.114-123.

*«... Подростковый возраст, этап отрочества (14-16 лет), когда существо уже не ребенок, но еще и не взрослый. Этот возраст является наиболее впечатлительным по отношению ко всему тому, что делает человека взрослым. Подростковый возраст является переходным, главным образом, в биологическом смысле, поскольку этот возраст полового созревания, параллельно которому достигают в основном зрелости и другие биологические системы организма. Все подростки этого периода - школьники, они находятся под защитой родителей и государства, их ведущей деятельностью является учеба. Подростковый возраст крайне противоречив. Важнейшим направлением формирования подростка является чувство взрослости. Отсюда и постоянные возрастные конфликты и их преломление в самосознании подростка. Активное и неравномерное развитие организма подростка, его гормональное созревание могут привести к эмоциональной неустойчивости, повышенной раздражительности, неадекватной реакции, которая часто выливается в конфликтность, неуправляемость, злобность».*

## Литература для самостоятельной работы



1. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., 1974.
2. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. М., 1991.
3. Бехтель Э.Я. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М., 1985.
4. Сидоров П.И., Лушев Н.С. Некоторые особенности бензиновых токсикоманий у подростков. М., 1983.
5. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. Л., 1988.
6. Энтин Г.М. Борьба с вредными привычками. М., 1983.
7. Скворцова Е.С., Сулабериадзе Е.В. О распространенности алкоголизации, курения, наркотизации среди старшеклассников // СОЦИС. 1997. № 4.
8. Габиани А.А. Наркотизм среди молодежи // СОЦИС. 1998. № 7.

## Вопросы для самостоятельной работы



1. Психологическая средовая дезадаптация как фактор, предрасполагающий к появлению наркозависимости.
2. Причины подростково-молодежной аддиктивности.
3. Токсикомании у несовершеннолетних.
4. Психология героиновой наркомании.
5. Личность алкоголика.
6. Психологическая специфика пристрастия к стимулирующим средствам.
7. Психология опьянения (марихуана, опий, листья коки).

### III. Медицинский аспект

Психиатры (наркологи) включают в деятельность по борьбе с наркомагией, когда появляются:

- 1) вредные для здоровья последствия приема психически активных веществ;
- 2) признаки психической и физической зависимости от конкретного ве-

щества или класса аналогичных препаратов;

3) психозы вследствие злоупотребления ими;

4) изменения личности за пределами периода непосредственного действия психически активного вещества.

#### 1. Понятие алкоголизма

Алкоголизм — прогрессивное (развивающееся по нарастающей) заболевание, которое определяется патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость), развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях — стойкими соматоневрологическими расстройствами, личностной деградацией и расстройствами психики. Алкоголизм всегда сопровождается многообразными социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для общества.

##### Виды алкоголизма

В основу современных классификаций алкоголизма положен клинко-динамический принцип. В нашей стране принята классификация, выделяющая три стадии заболевания.

Перечень клинических проявлений алкоголизма, имеющих в момент обследования, зависит, в первую очередь, от этапа заболевания. Одни симптомы отсутствуют в первой стадии алкоголизма и проявляются во второй или даже третьей стадии, другие «сквозные» присутствуют во всех стадиях, но их проявление заметно зависит от тяжести алкоголизма, что позволяет выделять их клинические варианты. Однако индивидуальные особенности больного также накладывают отпечаток на клиническую картину алкоголизма. У больных с одной и той же стадией алкоголизма клиничес-

кая картина заболевания не будет однотипной.

**Первая стадия.** В ней наблюдаются следующие важнейшие симптомы алкоголизма:

1) первично: патологическое влечение к алкоголю

2) снижение количественного контроля;

3) рост толерантности к алкоголю;

4) алкогольная амнезия.

Первую стадию можно охарактеризовать как злоупотребление алкоголем, когда имеются очевидные доказательства, что прием алкоголя наносит психологический и физический вред лицу, его употребляющему, вызывая заметные повреждения в организме человека, сохраняющиеся в пределах месяца. Меняется также поведение человека в состоянии опьянения и это сказывается на его социальных, профессиональных, психологических и физических функциях. В отдельных случаях это может привести к конфликтным ситуациям или даже к нарушению закона, например, вождение автотранспортного средства в нетрезвом состоянии.

В этой стадии алкоголизмом в половине случаев формируется у лиц до 25 лет, большинство остальных наблюдений касается лиц 25 — 35 лет, и лишь у незначительного числа больных формирование заболевания приходится на более поздний возраст. Продолжительность первой стадии чаще от 1 года до 6 лет.

Первичное патологическое влечение

к алкоголю в первой стадии алкоголизма проявляется в наиболее легкой, ситуационно обусловленной форме. В этих случаях «тяга» к спиртным напиткам возникает лишь в ситуациях, по традиции связанных с возможностью выпить: различные семейные события; ситуации, имеющие отношение к профессиональной деятельности; жизненные эпизоды индивидуального значения и т.п. Внешние проявления влечения — инициатива в подготовке к выпивке, оживленное обсуждение предстоящего события, действия, предусматривающие устранение возможного препятствия. Возникают положительные эмоции, связанные с воспоминаниями о предшествовавших выпивках. Больные испытывают подъем настроения, выглядят оживленными, легко отвлекаются от обстоятельств, не имеющих отношения к организации застолья. Появление препятствий, мешающих реализации влечения, приводит к раздражению и неудовлетворенности.

Вместе с тем, в первой стадии заболевания еще сохраняется способность ограничиться легким опьянением, особенно при отрицательном отношении присутствующих к неумеренному употреблению алкоголя или если на следующий день предстоит какое-либо ответственное дело.

**Вторая стадия.** В этой стадии возникает собственно алкогольная зависимость, проявляющаяся в более частом и регулярном приеме алкоголя, к которому возникает компульсивное влечение. Во время приема спиртного теряется контроль за количеством выпитого, алкоголь начинает употребляться с целью обдобрить или избежать синдром отмены. Это сопровождается субъективной уверенностью, что такая стратегия эффективна.

Усиливается влечение к алкоголю и появляется синдром зависимости (похмелья). Он возникает, как правило, по утрам или в периоды, когда концент-

рация алкоголя в организме падает, и характеризуется наличием психических и вегетативных расстройств. Появляется раздражительность, беспокойство, гневливо-подавленное настроение, тревога, склонность к конфликтам, суетливость, которые заметны на фоне вегетативных нарушений: потливости, перебоев в сердечной деятельности, дрожания рук. Абстинентный (похмельный) синдром снимается приемом алкоголя. Меняется картина алкогольного опьянения; в состоянии опьянения все более звучат гневливость и раздражительность, «пьяное буйство», а по пробуждении — запоминание происшедших событий, «амнестическая форма опьянения». Постепенно сужается круг интересов и находятся внутренние оправдания, что прием спиртного необходим. В это время человек пренебрегает другими видами удовольствия и другими интересами в пользу выпивки. Снижается его социальный, профессиональный и творческий потенциал. Последствия злоупотребления алкоголем могут затрагивать преимущественно либо медицинский, либо психологический аспекты. В связи с необходимостью опохмеления на следующий день после выпивки пьянство приобретает запойный характер.

**Третья стадия** алкоголизма выражается в запойной алкоголизации, более выраженном похмельном синдроме, периодических нарушениях сна, бредовой настороженности. Появляются характерные изменения личности в виде склонности к плоским шуткам — «юмор алкоголиков», необоснованной ревности, наступает социальное снижение. Такие больные утрачивают общественные и семейные связи, значительно снижаются успехи в трудовой деятельности, у них теряется критическая оценка своего злоупотребления алкоголем и собственного положения. Все это сочетается с рядом соматических расстройств, появляются нарушения со

стороны сердечно-сосудистой системы, в деятельности печени и заболевания желудочно-кишечного тракта.

Меняется внешний вид больных: неопрятность в одежде, дряблость и синюшность кожных покровов, преждевременное старение. Вместе с тем, при всем общем неблагоприятном течении алкоголизма в клинике наблюдают светлые промежутки (ремиссии) различной продолжительности. Они могут возникнуть спонтанно или под влиянием лечения. Чаще ремиссии имеют место в первой и второй стадиях хронического алкоголизма. Прогноз третьей стадии менее благоприятен.

На этой стадии у больного алкоголизмом снижается толерантность, возникают алкогольные психозы (в том числе белая горячка), происходят необратимые изменения со стороны соматической (телесной) и неврологической сфер, отмечаются выраженные проявления деградации личности, что в свою очередь приводит к потере профессии, к конфликтам в семье и к стойкой социальной дезадаптации. Крайним выражением алкогольной зависимости человека является преждевременно наступающая смерть.

В третьей стадии алкоголизма, а в отдельных случаях и во второй, возникают психотические состояния — алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, дипсомания.

**Алкогольные психозы** — различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности. Они возникают лишь тогда, когда в результате хронической интоксикации развивается поражение внутренних органов с нарушением обмена. Часто их развитию предшествуют дополнительные соматические и психические вредности.

*Алкогольный делирий* (белая горячка) — самый частый психоз, значительно превосходящий по частоте все остальные алкогольные психозы. Преоблада-

ют расстройства ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями, а днем — астенические расстройства и изменчивый аффект (легко возникающая пугливость и тревога).

Продромальный период (период начальных признаков до развития болезни как таковой) может отсутствовать. Делирий развивается спустя несколько часов или дней после прекращения приемов алкоголя на фоне выраженных абстинентных расстройств или при обратном их развитии. Начальные симптомы, появляющиеся к вечеру и усиливающиеся ночью: наплывы образных представлений и воспоминаний, зрительные иллюзии; общая оживленность мимики и моторики; неустойчивое, легко отвлекаемое внимание; изменчивое настроение с быстрой сменой диаметрально противоположных аффектов; преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени.

В 10 — 19% случаев делириозному синдрому предшествуют единичные или множественные судорожные припадки; могут возникать эпизоды вербального или образного бреда. В развернутой стадии появляется полная бессонница, возникают иллюзии фантастического содержания (парейдолии) и истинные зрительные галлюцинации. Преобладают микроскопические галлюцинации: насекомые, мелкие животные, рыбы, змеи, нити, проволока, паутина; реже больные видят людей, крупных животных, человекоподобных существ, мертвецов, в том числе фантастического облика. При углублении делирия возникают слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации, в том числе тактильные галлюцинации, локализующиеся в полости рта; расстройства схемы тела, ощущение нарушения тела в пространстве.

Попеременно возникают благодушные, недоумение, отчаяние, юмор,

удивление, с наибольшим постоянством наблюдается страх.

Продолжительность делирия 3-5 дней, иногда психоз затягивается до 1 - 1,5 недель. Чаше выздоровление наступает критически — после глубокого продолжительного сна, иногда постепенно — литически, или литическое исчезновение расстройств происходит волнообразно, с временным ослаблением симптомов и их последующим появлением, но уже в менее выраженном виде.

*Острый алкогольный галлюциноз* (алкогольный галлюцинаторный бред). В большинстве случаев галлюциноз развивается на фоне абстинентных расстройств, сопровождаемых тревогой, параноидно-настроенностью и вегетативно-соматическими симптомами. Нередко ему предшествует ряд перенесенных алкогольных делириев, или он является продолжением их.

В отличие от белой горячки он протекает без признаков нарушенного сознания, ориентировка в окружающем сохраняется. Основным психопатологическим признаком его является наличие слуховых вербальных галлюцинаций. Слуховые обманы, как правило, носят тематический характер: иногда это отдельный, знакомый голос, который обвиняет больного в неправильном поведении, «пьянстве» и других злоупотреблениях. Чаше это несколько голосов, носящих комментирующий характер, обвиняющих и защищающих больного, спорящих о нем. Критическая оценка своего состояния у больных на этом этапе отсутствует, и потому больной нередко вступает в полемику с голосами, жалуется окружающим на неправильную оценку голосами его поведения. Бредовые идеи или отсутствуют, или соответствуют по содержанию тематике галлюцинаторных расстройств. Зрительные галлюцинации, как правило, отсутствуют или носят отрывчатый характер.

Алкогольный галлюциноз прекра-

щается под влиянием лечения или спонтанно (при прекращении злоупотребления алкоголем). Однако чаще заболевание приобретает подострое и даже затяжное течение и может длиться месяцами и годами. В случаях с хроническим течением больные привыкают к слуховым галлюцинациям и их состояние мало проявляется в профессиональной деятельности и поведении. В случаях рецидивирующего течения приступы истощаются синдромом вербального галлюциноза с истинными расстройствами восприятия и бредом преследования.

*Острый алкогольный параноид* (алкогольный бред преследования) возникает преимущественно в период абстиненции, в ряде случаев, во время запоя. Его развитию предшествует короткий период выраженной тревоги. Затем, без каких-либо размышлений и сомнений, больными овладевает непоколебимое убеждение в том, что они станут жертвой немедленного физического уничтожения. Часто больные видят не только приготовление к расправе, но и ее орудия: блеснувший нож, высовывающееся из кармана дуло пистолета; веревку, приготовленную для удушения, и т.п. Видимое подтверждается слышимыми словами и репликами соответствующего содержания, которыми обмениваются окружающие.

Наряду с образным бредом всегда существует резкий страх или напряженная тревога. Поступки больных импульсивные, чаше больные стараются скрыться. Спасаясь бегством, они нередко с опасностью для жизни прыгают на ходу из транспорта, прячутся, убегают полураздетыми несмотря на мороз и непогоду в безлюдные места, могут в отчаянии нанести себе серьезные повреждения, предпочитая умереть «более легкой смертью».

В вечернее и ночное время могут возникать отдельные делириозные симптомы. Острый алкогольный параноид

продолжается от нескольких дней до нескольких недель.

**Затяжной алкогольный паранойд.** Начальные симптомы во многом совпадают с признаками острого алкогольного параноида. В последующем изменяется аффект, в котором начинают преобладать подавленность и тревога, а страх или отсутствует, или менее выражен и возникает эпизодически. В бредовых высказываниях появляются отдельные элементы системы. У больных появляется убежденность в том, что причиной плохого к ним отношения, стремления «уничтожить» являются их собственные ошибочные высказывания и поступки в прошлом.

Употребление алкоголя всегда усиливает такие симптомы психоза, как страх, образный бред, неправильное поведение. Затяжной паранойд может длиться месяцами. Продолжающиеся запой в ряде случаев делают паранойд рецидивирующим.

**Алкогольный бред ревности** (алкогольный бред супружеской неверности, алкогольная паранойя). Возникает у лиц с параноидальным складом характера, реже на фоне алкогольной деградации. Сначала идеи супружеской неверности возникают эпизодически, лишь в опьянении или похмелье. Психогенный фактор определяет появление сверхценных идей супружеской неверности, сохраняющихся теперь и вне состояний, связанных с алкогольными эксцессами. Ревнивые подозрения усиливаются

## 2. Наркомания

Наркомания — заболевание, возникающее в результате немедицинского употребления наркотических средств.

В основе болезненного пристрастия к наркотическим веществам, а также темпа и характера его развития, лежит ряд факторов, в первую очередь особенности преморбидного склада личности больного и вид наркотика. Имеют значение также природа психической по-

или, напротив, ослабевают на данном этапе в связи с реальными и психологически понятными поводами. В этот период у больных преобладает дисфорический аффект, они часто буквально истязают жен всевозможными расспросами о деталях и причинах «измен», с иступлением требуя признания своей вины, которую в этом случае обещают великодушно простить.

Продолжающееся пьянство не только способствует усилению симптомов психоза, но и увеличивает риск агрессии больных. Алкогольный бред ревности, колеблясь в своей интенсивности, может продолжаться годами.

Дипсомания (запой) представляет собой редкое заболевание. Истинная дипсомания всегда возникает на патологической почве, которая характеризуется колебаниями настроения в виде депрессий, гневливо-злобных состояний, тревожных и ажитированных\* расстройств.

Появлению запоя предшествует изменение настроения, нарушения сна, иногда иллюзорное ощущение запаха алкоголя. Запой начинается внезапно и также внезапно прекращается. Он длится от нескольких дней до 1 — 2 недель.

Истинный запой, по существу, является острым психическим расстройством, в светлых промежутках которого больные не обнаруживают психических нарушений, свойственных хронической алкогольной интоксикации.

требности в наркотическом препарате в каждом отдельном случае, интенсивность и длительность злоупотребления этим веществом.

### Наркомания морфинного типа

Острая морфинная интоксикация начинается с эйфории, которая при углублении интоксикации переходит в психомоторное возбуждение с выраженной гиперемией кожных покровов, го-

\* Ажитация (фр. agitation) — сильное волнение, возбужденное состояние.

ловокружением, головной болью. В последующем возбуждение сменяется нарастающей сонливостью, торпидностью, симптомами угнетения сердечно-сосудистого и дыхательного центров. Коматозное состояние может привести к смерти больного.

При хроническом употреблении морфина очень быстро наступает развернутая стадия заболевания. Выраженная психическая и физическая зависимость от морфина развивается почти одновременно с началом его систематического приема, и потребность в наркотики преобладает над всеми остальными интересами. Абстинентный синдром при лишении наркотика длится несколько дней. Конвульсивное влечение к морфину настолько увеличивается, что угнетает все другие влечения.

При длительном систематическом употреблении морфина в клинической картине болезни на первый план выступают личностные изменения. Наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными, круг их интересов крайне сужается, сосредотачиваясь только на приобретении наркотика.

Сердце и печень претерпевают деструктивные изменения, в желудочно-кишечном тракте возникают хронические воспалительные явления. Неврологическое обследование выявляет снижение рефлексов, в тяжелых случаях — патологические рефлексы. Через 6 — 18 часов после лишения препарата развивается абстинентный синдром, клинические проявления которого зависят от тяжести и длительности наркомании.

#### **Опиомания**

Острая интоксикация опиумом сначала проявляется эйфорией, которая быстро сменяется общей слабостью, головокружением и рвотой. Наблюдается резкая гиперемия кожи лица, сужение зрачков до размера булавочной головки, реакция на свет при этом отсутствует. В тяжелых случаях, при нарастании токсических явлений, изменяются ды-

хание и сердечно-сосудистая деятельность (нитевидный пульс, ослабленное, поверхностное дыхание). Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

При хронической интоксикации в начальных стадиях наркомании больные испытывают эйфорию с расслабленностью, с наплывом ярких, образных представлений и причудливым изменением восприятия окружающего.

Изменения личности и нарушения соматоневрологической сферы при хроническом употреблении опиума аналогичны подобным изменениям при морфинизме.

#### **Гашишемания**

Острая интоксикация гашишем характеризуется повышенным аппетитом, чувством жажды, сухостью во рту, появляется беспричинная веселость, нередко с элементами дурашливости. В клинической картине хронической интоксикации гашишем на всех этапах ведущими являются психопатологические расстройства (реакция экзогенного типа, шизоформные состояния).

В результате хронического употребления гашиша больные постепенно становятся вялыми, пассивными, угрюмыми, утрачивают интерес к жизни и контакт с окружающими. Абстинентный синдром выражен нерезко, малопродолжителен и проявляется общим недомоганием, отсутствием аппетита, тоской, чувством безнадежности, нередкими расстройствами сна и вегетативными нарушениями.

#### **Кодеинномания**

Острая интоксикация кодеином проявляется сначала ощущением теплоты в области желудка, распространяющейся на все тело своеобразными «концентрическими» волнами. Затем развивается эйфория, во время которой больные оживлены, разговорчивы, подвижны, активны, деятельны. Отсутствует свойственная другим видам наркоманий потребность в сне по окончании наркотического опьянения.



Хроническая интоксикация ведет к прогрессирующим психическим и соматоневрологическим изменениям. Изменения личности больных имеет особенности, главная из которых — быстрое истощение психических функций. У больных сужается круг интересов, нарастает рассеянность, несобранность, в связи с чем использование интеллектуальных способностей затруднено без формальных признаков деменции. Особенностью коденимании является частый переход к комбинированному приему наркотиков и формирование полинаркомании, что снижает работоспособность больных, ускоряет морально-этическую деградацию и социальную дезадаптацию.

### 3. Способы медицинского воздействия

От лица медицины в противонаркотической деятельности выступает наркологическая служба. Ее принципы:

1. Равенство возможностей всех членов общества, включая больных алкоголизмом и наркоманией.
2. Отрицание сугубо биологического понимания наркологического заболевания.
3. Признание комплексного влияния социальных факторов на психическое здоровье.
4. Солидарность с наркологическими больными.
5. Особая роль «терапевтического сообщества», включающего в себя врачей, социальных работников, родственников и ближайшее социальное окружение.
6. Приоритет профилактики и реабилитации.

Что касается способов вмешательства медицины в жизнь и судьбу наркозависимого человека, то здесь приходится считаться с реальными возможностями этого вида деятельности. А именно, отсутствием лекарств, способных пресечь (отключить, прекратить, разрушить) патологическую форму вза-

Таким образом, прием психически активного вещества вне зависимости от привычки к нему, может вызвать болезненные по своей природе последствия, способны существенно нарушить как физическую, так и социальную адаптацию человека.

Злоупотребление психически активными веществами не проходит безнаказанно для головного мозга. Прежде всего страдают познавательные функции и мотивы поведения. Девальвация общепринятых ценностей превращает алкоголиков и наркоманов в истинный балласт общества, живущий за счет терпимости окружающих.

имодействия наркосодержащего вещества с организмом человека. Врач не может рассчитывать на прямой фармакологический эффект, как если бы он лечил традиционным способом. Так что, основные усилия наркологов ориентированы на личность пациента из расчета освободить ее, по возможности, от тягостных переживаний, связанных с абстиненцией, и мобилизовать внутренние резервы психики методами врачебного воздействия.

Во-первых, речь идет о дезинтоксикации (освобождении организма от ядовитых продуктов распада наркосодержащих веществ). При этом сама очищающая терапия, естественно, не меняет отношения к аддиктивному поведению, но она лишь снимает физическую зависимость, расчищая путь психотерапевтическому воздействию.

Во-вторых, лечение психических расстройств в форме болезней, развившихся вследствие абстиненции или обостренных ей.

В-третьих, об изменении отношения к наркопристрастию как таковой. Здесь в арсенале медицины есть несколько подходов. В частности, для борьбы с алкоголизмом имеется уstra-

шающее лекарство. Оно было открыто в конце 40-х годов XX века под названием «антабус» и быстро разошлось по всему миру. В отечественной фармакопее используется его аналог «тетурам». Суть его воздействия состоит в том, что, находясь в организме совершенно незаметно, он включается в обмен веществ лишь при поступлении в организм этилового спирта, блокируя процесс его распада на стадии ацетальдегида. Накопление последнего влечет за собой грозные последствия в форме сердечно-сосудистых осложнений и затруднений дыхания. Человека, намеревающегося полегчить тетурамом, предупреждают о возможных (вплоть до смертельных) исходах несанкционированного приема алкоголя, и он в письменной форме выражает свое согласие на этот вид терапии. А поскольку, будучи введен в организм, тетурам сохраняется в нем довольно долго, страх перед смертью надежно страхует волю человека от соблазна выпивки. Другие наркосодержащие вещества такого антидота (блокатора) не имеют.

В стремлении повлиять на тенденцию к аддиктивному поведению врачи полагаются, главным образом, на мобилизацию бессознательных механизмов с помощью внушения. В своей основе суггестивная (внушающая) терапия основана на гипнотическом эффекте, когда мироощущение человека уходит из-под контроля его осознанной воли. У врача появляется возможность закреплять в памяти мотивы, блокирующие само намерение прибегнуть к наркосодержащему веществу.

Техника врачебных манипуляций подсознанием постоянно совершенствуется. Авторы отдельных методик передают свой опыт другим врачам не в форме текстов (как это принято в науке), а личным приобщением к действию (как это принято в искусстве), сохраняя за собой роль духовного наставника. Количество школ, ориенти-

рованных на тот или иной психотерапевтический прием, растет. Все это ставит нарколога на особое место в медицине, так как ставка на талант, а не на эрудицию, отводит слишком много места доверию к личности лечащего.

И наконец, авторитет врача, умение работать с личностью пациента, его социальным окружением позволяют влиять на разумные мотивы поведения. Традиционно это называется термином «рациональная психотерапия».

Кроме лечебно-терапевтических методов наркологическая служба использует организационные и административные механизмы контроля за поведением наркозависимых людей. Прежде всего речь идет о диспансерном учете лиц, оказавшихся в поле зрения наркологического учреждения не по своей воле. Согласно действующим правилам постановке на учет подлежат также добровольно обратившиеся.

Факт диспансерного учета является основанием для целого ряда социальных ограничений. Например, в соответствии с Постановлением Президиума Верховного Совета РСФСР от 19.06.93, эти лица не допускаются к работе на химическом производстве, к вождению автотранспортных средств, владению и использованию оружия и т.п.

Диспансерный учет требует не реже одного раза в 3 месяца являться на контрольный осмотр к врачу-наркологу. Для того, чтобы быть снятым с учета, необходимо иметь ремиссию не менее 3-х лет.

Статистика диспансерного учета является главным ориентиром для мониторинговых исследований в интересах социальной политики. К ее данным, если есть необходимость сделать выводы о том или ином конкретном явлении, применяют разного рода поправочные коэффициенты. Например, считается, что количество наркоманов от числа учтенных составляет 1 к 10. Число систематически принимающих одурманивающие вещества достоверно не

учитывается, но превышает число реальных наркоманов в 1,5 — 2 раза.

На медицинские учреждения наркологической ориентации возлагаются обязанности по экспертизе опьянения (алкогольного, наркотического, токсического) и болезненной зависимости от одурманивающих веществ.

Лечебные наркологические и психиатрические учреждения исполняют решения судов о принудительных мерах медицинского характера к лицам, страдающим алкоголизмом или наркоманией. Прежде всего, имеются в виду диспансерный учет и амбулаторное лечение, терапевтический эффект которого обычно бывает весьма скромным, но воздержания от использования наркосодержащих веществ удастся добиться в большинстве случаев. Главным образом, из-за угрозы: в случае нарушения предписанного режима, перево-

да в психиатрическое учреждение для лечения в стационарных условиях, где вступают в силу ограничения, предусмотренные для содержания душевно больных людей. Фактически -лишение свободы. Недаром, согласно ст.104 УК РФ пребывание в стационаре для принудительного лечения засчитывается в срок пребывания под стражей. А если к этому добавить, что срок принудительного лечения предварительно не оговаривается, способ социального контроля за поведением наркозависимых людей с помощью принудительного лечения выглядит вполне эффективным.

Таким образом, диапазон медицинского участия в борьбе с наркоманией весьма широк. Он включает в себя несколько направлений деятельности и подразумевает большие административные полномочия.

## Литература для самостоятельной работы



1. Бабаян Э.А., Ганопольский М.Х. Учебное пособие по наркологии. М., 1981.
2. Бокий И.В., Лапин И.П. Алкогольный абстинентный синдром. М., 1976.
3. Гузиков Б.М., Майроян А.А. Алкоголизм у женщин. М., 1988.
4. Лисицин Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм. М., 1983.
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. М., 1991.
6. Стрельчук И.В. Интоксикационные психозы. М., 1970.
7. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. М., 1979.

## Вопросы для самостоятельной работы



1. Группы риска детско-подросткового наркотизма.
2. Организация наркологической службы.
3. Симптомы физической зависимости от наркотика.
4. Отличие абстинентного и аддиктивного поведения.
5. Способы лечения наркотических больных.

## ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОБОРОТА И ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОСОДЕРЖАЩИХ, ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ И ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Личная воля человека, участвующего в обороте и потребляющего одурманивающие вещества, ограничивается обществом и государством с трех сторон: запрещение незаконной выгоды; ущемление интересов других людей; вред собственному здоровью. По каждому из перечисленных направлений государство стремится сбалансировать индивидуальные и общественные интересы приемлемым для народа способом.

**Оборот наркотиков** контролируется при помощи Перечня химических веществ, производство, хранение, транспортировка сбыт и использование которых ограничены специальными предписаниями Правительства. При этом речь идет о нескольких классах. Некоторые вообще не имеют легальных способов применения, другие используются в медицине, но ограниченно, а третьи вообще относятся к лекарствам широкого спроса. Так что правовая оценка незаконных действий в каждом варианте зависит от специфики случая.

Так ст.231 УК РФ запрещает даже производство сырья для получения опия, кокаина и каннабиса:

*«Посев и выращивание запрещенных к возделыванию растений, а также культивирование сортов конопли, мака или иных растений, содержащих наркотические вещества, наказываются ... лишением свободы на срок до двух лет».*

В остальном ст.228 УК РФ полагается на общие правила, установленные Правительством как для традиционных наркотиков, так и иных веществ, которые могут быть использованы с адиктивной целью, из числа лекарственных

или токсических химических соединений:

*«... Незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, пересылка, перевозка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет ...».*

Хотя эта же статья и делает оговорку специально для случаев, когда в процедуре оборота участвуют легальные инстанции:

*«... Нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, продажи, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза, вывоза либо уничтожения наркотических и психотропных веществ, если это деяние было совершено лицом, в обязанности которого входит соблюдение указанных правил, наказывается ... лишением свободы на срок до трех лет ...».*

Что касается лекарств, широко используемых в медицинской практике, Закон ориентируется на соблюдение инструкций соответствующих ведомств.

Ст.233 УК РФ гласит: *«Незаконная выдача рецептов либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, наказываются лишением свободы на срок до двух лет ...».*

Соответственно дифференцируется и оценка конкретных действий в цепочке оборота. Например, любые манипуляции с героином, начиная от самых подготовительных шагов, безусловно — криминальны. В то же время морфий (из которого изготавливают героин) занимает свое место в фармакологии как

эффективное обезболивающее лекарство, так что криминал начинается с его утечки из медицинского учреждения. Что же касается успокаивающих и снотворных препаратов — они имеются не только в официальных учреждениях, но и домашних аптечках почти каждой семьи, где люди обеспокоены своим психическим состоянием. И это понятно, т.к. вводить строгие меры контроля за отпуском такого рода средств было бы по меньшей мере негуманно. Так что криминал в их обороте начинается лишь с незаконного получения выгоды.

**Оборот алкоголя** регулируется иначе. Государство получает немалую выгоду от его легального использования и старается ее не упустить. Хотя в известные исторические моменты и позволяет себе пренебречь меркантильными соображениями ради более высокой цели. Так, время от времени в той или иной стране вводится, так называемый «сухой закон» или запрет на потребление алкоголя, а значит и на все операции по его получению и доставке потребителю. В России он действовал с 1914 по 1924 г.г., и довольно эффективно. Скорее всего потому, что мораль, политические установки и правовые нормы в те годы не входили в противоречие друг с другом. Закон лишь поддерживал общественное мнение, а от соседей, как говорится, не скроешь ни пьянства, ни самогеноварения.

В те же годы США тщетно пытались реализовать «сухой закон», полагаясь на полицейские меры, народ не поддержал правительство, и запрет, лишенный моральной и политической основы, привел к расцвету теневого рынка и его криминализации.

Предпочтительнее потребление алкоголя все-таки разрешать, но в той или иной мере контролировать «питейное дело». Лучше всего, при условии эффективного пресечения кустарного про-

изводства или самогеноварения, действует государственная монополия на все операции со спиртными напитками. В частности, при советской власти этот механизм работал безотказно, пока авторитарная система не начала разваливаться изнутри. И в дореволюционной России «монополюшки» (государственные питейные учреждения) или «царевы кабаки» время от времени полностью вытесняли с рынка питейный бизнес. Однако обременительность надзора за стихийным рынком вынуждала к более гибкой политике.

В зависимости от обстоятельств государство допускает к производству и торговле спиртным частных лиц, ограничиваясь получением доходов от лицензии и акцизов, а для профилактики злоупотреблений со стороны покупателей вводит правила, сопровождающие продажу. Например, крепкие спиртные напитки в розлив отпускаются одновременно с дешевой и калорийной пищей, нормы отпуска дозируются по количеству, времени, дистанции от детских учреждений и мест проведения досуга, социальному статусу (ограничения для живущих на пособие) и т.п.

Еще труднее регулировать оборот веществ, используемых для получения токсического опьянения, т.к. предметы бытовой химии пользуются слишком широким спросом по своему прямому назначению. Так что государству остается лишь контроль за поведением людей, вовлекающих в токсические манипуляции (как правило, несовершеннолетних).

**Защита личных прав других людей,** чьи интересы бывают задеты при использовании человеком одурманивающих веществ, реализуется по нескольким направлениям.

1. Сам факт опьянения, когда человек доводит себя до него в неподобающем месте и до недопустимой степени, влечет за собой административную от-

ветственность. Ст.162 Кодекса об административных правонарушениях гласит, что «распитие спиртных напитков ... или появление в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность, влечет наложение штрафа ... или административный арест на срок до пятнадцати суток».

Кроме того, согласно Закону «О милиции» органы МВД наделяются полномочиями и принимают на себя обязанности доставлять граждан по данному основанию в медицинские вытрезвители и обеспечивать в них общественный порядок (ст.11 ч.11 Закона «О милиции»).

2. К разряду преступлений против здоровья и общественной нравственности относятся действия, способствующие распространению привычки употреблять одурманивающие вещества.

Ст.151 УК РФ: «Вовлечение несовершеннолетнего в систематическое употребление спиртных напитков, одурманивающих средств, ... наказывается ... лишением свободы на срок до четырех лет».

Ст.230 УК РФ: «Склонение к потреблению наркотических средств, психотропных веществ наказывается ... лишением свободы на срок до пяти лет ...».

Ст.232 УК РФ: «Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств, психотропных веществ наказывается лишением свободы на срок до четырех лет. Те же деяния, совершенные организованной группой, наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет».

Ст.163 Кодекса об административных правонарушениях гласит, что «доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения ... влечет наложение штрафа ...».

3. Появление на работе в нетрезвом виде может повлечь за собой отстранение от работы (ст.38 Кодекса законов о

труде) или расторжение трудового договора (контракта) по инициативе администрации (ст.33 Кодекса).

4. Риск, возникающий при управлении источником повышенной опасности лицом, находящимся в состоянии опьянения, устраняется при помощи властных санкций. Например, управление транспортным средством пресекается милицией (ГИБДД), а на виновного налагается штраф (ст.120 Кодекса об административных правонарушениях); должностное лицо, допустившее пьяного водителя к работе, также подлежит наказанию (ст.124 того же Кодекса).

На занятия отдельными видами деятельности, связанной с источниками повышенной опасности, для больных наркоманией устанавливаются ограничения. В соответствии со ст.45 Закона РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах» Перечень отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения, определяется Правительством РФ.

5. Расточитель, ущемляющий материальные интересы своей семьи в связи с злоупотреблением спиртными напитками или наркотическими средствами, может быть ограничен в дееспособности, что лишает его права распоряжаться доходами, заработной платой, пенсией без согласия попечителя, но не освобождает от ответственности за совершение сделки и причиненный вред (ст.ст.30, 1077 Гражданского кодекса РФ).

Здесь уместно вспомнить, что наши предки приравнивали пьяниц к расточителям при решении вопроса о назначении опеки.

6. Родители, являющиеся наркоманами или хроническими алкоголиками, могут быть лишены своих родительских

ких прав (ст.69 Семейного кодекса РФ).

Если же взрослый человек хочет заменить родителей, быть усыновителем, опекуном, попечителем, приемным родителем — факт наркомании или алкоголизма препятствует этому (ст.ст.127, 146, 153 Семейного кодекса РФ).

Законодатель не делает различий относительно веществ, которыми человек пользовался, приводя себя в состояние опьянения. И это понятно, так как вред обществу наносит психическое расстройство, сходное по своим признакам при различных источниках одурманивающего действия.

Так что, ключевым моментом в данной сфере правовых отношений бывает не идентификация химического вещества, а факт психического расстройства. Установление этого факта и доказательство степени феномена опьянения подробно регулируется правом.

Для **диагностики** алкогольного опьянения имеются вполне надежные тесты, которыми оснащены милиция и работники вытрезвителей. Некоторые затруднения могут возникнуть лишь в случае несогласия гражданина подобным исследованиям подвергаться. Тогда вступает в силу порядок недобровольного освидетельствования.

Согласно Закону РФ «О милиции» правоохранные органы обладают рядом полномочий. Статья 11 Закона гласит: «Доставлять в медицинские учреждения либо в дежурные части органов внутренних дел и содержать в них до вытрезвления лиц, находящихся в общественных местах в состоянии опьянения и утративших способность самостоятельно передвигаться или ориентироваться в окружающей обстановке, либо могущих причинить вред окружающим или себе... Отстранять от управления транспортным средством лиц, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что они находятся в состоянии опьянения.... Проводить в

установленном законом порядке освидетельствование лиц, подозреваемых в совершении преступления или административного правонарушения, для определения в организме алкоголя или наркотических средств».

Наркотическое опьянение упомянутого теста не имеет, поэтому круг лиц, имеющих право устанавливать его факт ограничивается, а основания для их действий расширяются.

Ст.44 Закона РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах»: «... лицо, в отношении которого **имеются достаточные основания полагать** (подчеркнуто нами — Б.А., П.Г., Ю.Р.), что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование. Медицинское освидетельствование ... проводится в специально уполномоченных на то ... учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.

Порядок медицинского освидетельствования ... устанавливается федеральным органом **исполнительной власти в области внутренних дел** (подчеркнуто нами — Б.А., П.Г., Ю.Р.) по согласованию с Генеральной прокуратурой РФ и федеральным органом исполнительной власти в области юстиции».

Здесь следует обратить внимание на явный примат полицейских правил принуждения к освидетельствованию — отсутствие Верховного Суда среди согласующих инстанций; специальных правил судебного обжалования неправомерных действий властей по данному основанию; право человека прибегать к альтернативным способам экспертизы своего состояния.

С учетом того, что «в Российской Федерации запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача» (ст.40 Закона РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах»), такая концентрация полномочий в одних руках может иметь как положительные, так и отрицательные последствия. Это нужно помнить и иметь в виду.

Необходимость мер **медицинской защиты** определяется степенью ущерба воли наркозависимого человека и обосновывается наличием болезненного расстройства психики. Поэтому в этих мерах сочетаются формы воздействия, направленные на социальный контроль за поведением, лечением организма и перевоспитания личности.

Ближе всего к обыденной жизни в ее повседневной практике стоит диспансерный учет в наркологическом учреждении. Учету подлежат люди, оказавшиеся в поле зрения врачей не по своей воле (отравление, потребовавшее лечение в токсикологическом центре, или систематическое помещение в вытрезвитель; психозы, ставшие причиной госпитализации в психиатрический стационар; наркологическая экспертиза по поручению суда и следствия и в связи с противоправным поведением). Факт учета означает наличие зависимости от наркосодержащего, токсического или фармакологического вещества и служит основанием для ограничений в выборе занятий, связанных с источником повышенной опасности. Например, вождение автомобиля, владение оружием, допуска к ряду профессий. Кроме того, в случаях, предусмотренных законом, состоящий на учете может быть лишен некоторых прав, например, опекуна над несовершеннолетним.

Сравнительно реже к алкоголикам и наркоманам применяются меры, предусмотренные Законом «О психиатри-

ческой помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» для лиц, не желающих получать добровольно медицинскую помощь, которая им объективно необходима. Речь идет о психических расстройствах, которые несут в себе социальную опасность для себя и окружающих, препятствуют человеку удовлетворять основные жизненные потребности, несут в себе риск существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. В таких случаях вопрос о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке решается судом по месту нахождения психиатрического учреждения. Естественно, речь идет не о самих наркопристрастиях, лечение которых требует ясно выраженной воли самого пациента, а о болезненных последствиях абстинентного происхождения.

И, наконец, в тех случаях, когда человек совершает уголовно-наказуемое деяние, к нему могут применяться меры принудительного лечения наркомании и алкоголизма в рамках уголовного дела.

Ст.97 УК РФ гласит: «... принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам, совершившим преступление и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании».

Ст.99 УК РФ уточняет, что «лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении от алкоголизма и наркомании, суд наряду с наказанием, может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра».

Ст.104 УК РФ добавляет, что «принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказания — в



учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь».

Вопрос о необходимости принудительного лечения от алкоголизма и наркомании может быть поставлен и администрацией места лишения свободы. Ст.18 Уголовно-исполнительного кодекса РФ: «... если во время отбывания наказания, связанного с лишением свободы, будет установлено, что осужденный болен алкоголизмом или наркоманией, администрация учреждения, исполняющего указанный вид наказаний, направляет в суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера».

Таким образом, воздействие на личность (наказание) дополняется насильственным вмешательством в организм больного, ибо методы лечения врач выбирает самостоятельно. Единственное, что ему не разрешается, это проведение испытаний медицинских средств и использование методов, вызывающих необратимые последствия (ст.11 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Само по себе такое сочетание мер достаточно эффективно, но не следует забывать, что принудительные меры медицинского характера несут в себе и весьма значительный элемент социального контроля.

Дело в том, что наказание имеет срок исполнения и заканчивается по его истечении без дополнительного судебного рассмотрения, тогда как принудительное лечение длится до тех пор, пока, по мнению суда, «не отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера» (ч.3

ст.102 УК РФ). Это означает, что и после отбытия наказания лицо продолжает находиться под наблюдением врачей и получать лечение, уклониться от которого не имеет права под угрозой применения более строгих способов ограничения, например, помещения в психиатрический стационар.

Остается лишь напомнить, что пристрастие к алкоголю, наркотическому, токсическому или фармакологическому веществу не является преступным в своей основе. Оно неприятно окружающим, затрагивает их интересы, содержит известный риск отрицательных социальных последствий, но не подлежит уголовному наказанию. К тому же, втягиваясь в аддиктивную форму поведения, человек не становится преступником по мировоззрению, не накапливает опыта криминальной субкультуры. По сути он остается, хотя и не совсем достойным, но все-таки обычным членом общества. Тем более, что наркопристрастия встречаются во всех слоях населения. Естественно, и среди преступников встречаются алкоголики и наркоманы, но если правонарушение совершено импульсивно, по случайному поводу, связано с абстиненцией, человек в местах лишения свободы попадает в социально и психологически чуждую ему среду. А дряблая воля, зависимость от окружающих, склонность к уходу во внутренний мир, неумение найти поддержку у окружающих, делают их настоящими заложниками социальной стихии замкнутого пространства, где издевательства над слабым относятся к числу наиболее популярных развлечений. Так что меры социального контроля без отрыва от привычной среды обитания бываю, как правило, гораздо эффективней помещения в среду уголовных преступников.

## Приложения

### Нормативные материалы, регулирующие взаимодействие наркозависимых людей с обществом и государством

#### 1. Закон РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

*Ст.40. Запрещение потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача*

*«В Российской Федерации запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача».*

*Ст.44. Медицинское освидетельствование*

*«1. Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование.*

*2. Медицинское освидетельствование лица, указанного в п.1 настоящей статьи, проводится в специально уполномоченных на то органами управления здравоохранения учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.*

*5. Порядок медицинского освидетельствования лица, указанного в п.1 настоящей статьи, устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области внутренних дел, по согласованию с Генеральной прокуратурой РФ и федеральным органом исполнительной власти в области юстиции».*

*Ст.45. Ограничения, устанавливаемые на занятие отдельными видами профессиональной деятельности*

*«1.... устанавливаются ограничения на занятия отдельными видами профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, для больных наркоманией.*

*3. Перечень отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения, указанные в п.1 настоящей статьи, определяются Правительством Российской Федерации».*

*Ст.54. Наркологическая помощь больным наркоманией*

*«1. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.*

*2. Наркологическая помощь больным наркоманией оказывается по их просьбе или с их согласия, а несовершеннолетним в возрасте до 15 лет по просьбе или с согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.*

*3. Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством РФ.*

4. Больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья граждан».

Ст.55. Деятельность учреждений здравоохранения при оказании наркологической помощи больным наркоманией

«3. Приватизация и передача в доверительное управление учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, запрещаются».

Ст.57. Координация деятельности по оказанию наркологической помощи больным наркоманией

«1. Координация деятельности... осуществляется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения».

## **2. Гражданский кодекс РФ.**

Ст.30. Ограничение дееспособности граждан

«1. Гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство. Он вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки. Совершать другие сделки, а также получать заработок, пенсию и иные доходы и распоряжаться ими он может лишь с согласия попечителя. Однако, такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред».

Ст.1077. Ответственность за вред, причиненный гражданином, признанным ограниченно дееспособным

«... Вред, причиненный гражданином, ограниченным в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, возмещается самим причинителем вреда».

## **3. Кодекс законов о труде РФ.**

Ст.33. Расторжение трудового договора (контракта) по инициативе администрации

«Трудовой договор (контракт), заключенный на определенный срок, а также срочный трудовой договор до истечения срока его действия могут быть расторгнуты администрацией предприятия, учреждения лишь в случаях:

7. Появления на работе в нетрезвом состоянии и состоянии наркотического или токсического опьянения».

Ст.38. Отстранение от работы

«Работника, появившегося на работе в нетрезвом состоянии и состоянии наркотического или токсического опьянения, администрация не допускает к работе в этот день (смену)».

## **4. Семейный кодекс РФ.**

Ст.69. Лишение родительских прав

«Родители (или один из них) могут быть лишены родительских прав, если они:... являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией».

Ст.127. Лица, имеющие право быть усыновителями

«1. Усыновителями могут быть совершеннолетние лица обоего пола, за исключением:... ограниченно дееспособных».

*Ст.146. Опекуну (попечителю) детей*

*«3. Не назначаются опекунами (попечителями) лица, больные хроническим алкоголизмом или наркоманией...».*

*Ст.153. Приемные родители.*

*«Приемными родителями могут быть совершеннолетние обоего пола за исключением... ограниченно дееспособных».*

## **5. Кодекс РФ об административных правонарушениях.**

*Ст.44. Незаконное приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах либо потребление наркотических средств без назначения врача*

*«Потребление наркотических средств без назначения врача влечет наложение штрафа...».*

*Ст.120. Управление транспортными средствами лицами, не имеющими права управления транспортными средствами и находящимися в состоянии опьянения*

*«Управление транспортными средствами лицами, находящимися в состоянии опьянения, влечет наложение штрафа...».*

*Ст.162. Распитие спиртных напитков в общественных местах или появление в общественных местах в пьяном виде*

*«Распитие спиртных напитков.. или появление в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность,... влечет наложение штрафа..., административный арест до пятнадцати суток».*

*Ст.163. Доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения*

*«Доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения родителями несовершеннолетнего или иными лицами влечет наложение штрафа...».*

*Ст.164. Невыполнение родителями или лицами, их заменяющими, обязанностей по воспитанию детей*

*«... потребление несовершеннолетними наркотических средств без назначения врача... влечет предупреждение или наложение штрафа на родителей или лиц, их заменяющих,...».*

## **6. Уголовный кодекс РФ.**

*Ст.23. Уголовная ответственность лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения*

*«Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности».*

*Ст.97. Основания применения принудительных мер медицинского характера*

*«1. принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:... г) совершившим преступление и признанным нуждающимся в лечении от алкоголизма или наркомании».*

*Ст.99. Виды принудительных мер медицинского характера*

*«2. Лицам, осужденным за преступления в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении от алкоголизма, наркомании,... суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра».*

*Ст.104. Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания*

*«1. В случаях, предусмотренных частью 2 ст.99 настоящего Кодекса, принуди-*

тельные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания наказания, а в отношении осужденных к иным видам наказания – в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь».

*Ст.151. Вовлечение несовершеннолетних в совершение антиобщественных действий*

*«1. Вовлечение несовершеннолетних в систематическое употребление спиртных напитков, одурманивающих средств,... наказывается... лишением свободы на срок до четырех лет».*

## **7. Уголовно-исполнительный кодекс РФ.**

*Ст.18. Применение к осужденным мер медицинского характера*

*«1. К осужденным с ограничением свободы, аресту, лишению свободы, больным алкоголизмом или наркоманией.. учреждениями, исполняющими наказание, по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера.*

*2. Если во время отбывания указанных в первой части настоящей статьи видов наказаний будет установлено, что осужденный болен алкоголизмом или наркоманией, администрация учреждения, исполняющего указанные виды наказаний, направляет в суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера.*

*3. К осужденным к наказаниям, не связанным с ограничением свободы, арестом или лишением свободы, больным перечисленными в первой части настоящей статьи заболеваниями, применяются принудительные меры медицинского характера в соответствии со статьями 97-104 Уголовного кодекса РФ».*

## **8. Закон РФ «О милиции».**

*Ст.11. Права милиции*

*«11. Доставлять в дежурную часть милиции либо в медицинское учреждение и содержать в них до вытрезвления лиц, находящихся в общественных местах в состоянии опьянения и утративших способность самостоятельно передвигаться, ориентироваться в окружающей обстановке либо могущих причинить вред окружающим или себе, а находящимся в жилище — по письменному заявлению проживающих там граждан, если есть основания полагать, что поведение указанных лиц представляет опасность для их здоровья, жизни и имущества.*

*19. Проводить в установленном законом порядке освидетельствование лиц, подозреваемых в совершении преступления или административного правонарушения для определения в организме алкоголя или наркотических средств.*

*23. Отстранять от управления транспортным средством лиц, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что они находятся в состоянии опьянения».*

## **9. Постановления Пленума Верховного Суда РФ.**

- О судебной практике по применению к осужденным алкоголикам и наркоманам принудительных мер медицинского характера. Бюллетень Верховного Суда РФ. 1994. № 2. С.6.

- О практике рассмотрения судами РСФСР дел об ограничении дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими средствами. Постановление Пленума Верховного Суда РСФСР от 25.10.96.

## • Литература для самостоятельной работы



1. Байсенов Б.С. Алкоголизм: уголовно-правовые и криминологические проблемы. М., 1981.
2. Антонов — Романовский Г.В. Влияние потребления спиртных напитков на преступность: криминологическая модель. М., 1995.
3. Бабий Н.А. Уголовная ответственность за спаивание несовершеннолетних. М., 1996.
4. Ткачевский Ю.М. Преступность и алкоголизм. М., 1996.
5. Романова М.В. Алкоголь и дети. Саранск, 1997.
6. Лановенко И.П., Светлов А.Я. Пьянство и преступность: история, проблема. Киев, 1989.

## Вопросы для самостоятельной работы



1. Правовые формы контроля за незаконным оборотом и немедицинским использованием наркосодержащих веществ.
2. Ограничение злоупотреблений человеком наркосодержащих и токсических веществ.
3. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к наркозависимым людям.
4. Наказания за немедицинское использование наркосодержащих и токсических веществ.
5. Наказания за действия, способствующие распространению наркомании.

## СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛЮДЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ

### Сферы профилактики:

- \* Организм человека
- \* Его личность
- \* Благополучие близких ему людей
- \* Интерес государства в здоровых людях
- \* Права других граждан
- \* Моральные устои
- \* Борьба с преступностью

Государство, отдельный человек и общество в целом смотрят на проблему наркомании под разным углом.

Человек стремится уйти от столкновения с обстоятельствами реальной жизни аддиктивным способом, и ему, по сути, неважно, какое вещество для этой цели можно использовать. Наркоман под давлением общества переходит к менее предосудительному алкоголизму, а когда и доступ к спиртному будет перекрыт, начинает злоупотреблять психотропными веществами. Психология при этом остается прежней. Меняется лишь картина абстиненции.

Государство предпочитает ориентироваться на конкретное вещество. Так, отношение к алкоголю одно, ибо продажа спиртных напитков является источником значительных доходов государства, а к наркотикам — другое, т.к. от них обогащается только черный рынок и криминальная среда. Психотропные препараты касаются вообще довольно узкой сферы аптечного дела.

Соответственно и общество имеет свою точку зрения. Люди приветствуют саму возможность выпивать, когда захочется, видя в этом один из символов личной свободы. В то же время, изгоняют из своих рядов тех, кто спивается. К людям, которые злоупотребляют психотропными препаратами, склонны относиться снисходительно. Е наркоманах с самого начала видят не-

желательных и опасных членов общества, подлежащих неукоснительному вытеснению на обочину (в маргиналы).

Цели социальной поддержки могут быть глобальными и индивидуализированными.

В самой общей форме, наилучшим средством профилактики наркомании является свобода гармоничного и всестороннего развития личности каждого человека. Цель, безусловно, благородная, но, по-видимому, недостижимая, что нам известно по собственному опыту. Тем не менее, когда государство забывает о ней или пренебрегает ею, общество тотчас реагирует отказом следовать его предписаниям. Или явно начинает бунтовать, или скрытно спивается. Человеку свойственно стремление быть хозяином своей судьбы и претендовать на достойное к себе отношение. Несостоявшийся человек (униженный социально или обиженный природой) с облегчением выбирает путь, ведущий к поражению.

На языке социальной политики идея гуманизации общественных отношений с лицами, чьи возможности по разным причинам ограничены, получила воплощение в понятиях «интеграция», «социальная адаптация», «деинституализация обделенных» и т.п. В них отражено стремление гарантировать каждому возможность самореализации личности на уровне, который не вызывает отчужде-

ния и предупредит отторжение в субкультуре асоциальной ориентации.

Более конкретную цель социальной поддержки можно выразить образным выражением «лучше к нам, чем к наркотикам», когда склонность к приему одурманивающих веществ обозначилась, но о пристрастии или зависимости говорить еще рано. Таких людей в обществе много (по социологическим опросникам чуть ли не половина молодежи пробует наркотики, а взрослые употребляют слишком много алкоголя). На них ориентируется пропаганда, создавая отрицательный образ наркозависимого человека. Некоторым категориям ограничивают легальное потребление одурманивающих веществ. По данным Н.М.Пятницкой, в Швеции лицам, живущим на общественные пособия, отпуск спиртных напитков запрещен. К ним применяются меры превентивного административного, морального, общественного воздействия.

В случаях, когда наркозависимость все-таки появилась, цели социальной поддержки сливаются с медицинскими и правовыми. Перед социальным работником встает задача вызвать желание лечиться, когда угрозы потерять работу или социальные перспективы бывает недостаточно. Особенно в случаях, когда социальная зависимость еще не сформировалась или уже разрушена. Изменить направление сил взаимного отчуждения человека и общества на заинтересованность как с той, так и с другой стороны, чрезвычайно трудно, но без такого поворота отношений рассчитывать на успех практически невозможно.

И, наконец, социальная реабилитация лиц, получивших добровольно или в принудительном порядке лечение, соединенное (или не соединенное) с мерами наказания и перевоспитания. Против них действует очень устойчивое мнение о неизлечимости наркоза-

висимости и почти инстинктивное стремление дистанцироваться от таких людей из-за опасности заражения порочными наклонностями. Государство, естественно, не вправе кого-либо принуждать к гуманизму (например, заставить работодателя принять в трудовой коллектив или поселить в общежитие). Для таких людей приходится содержать реабилитационные учреждения, занимающие промежуточное положение между обычной и пенитенциарной средой.

Задачи по достижению перечисленных выше целей сводятся в комплексные программы, которые увязывают усилия органов управления и общественных объединений в систему, где у каждого субъекта отношений имеется присущая ему функция.

Законодательное собрание утверждает объем материальных расходов, которые власть соответствующего уровня (федерального, регионального, местного) может выделить на противонаркотические цели.

Глава администрации создает координирующий орган, обладающий возможностью контролировать ситуацию и осуществлять мониторинг, а также следить за расходованием отпущенных средств по назначению.

Правительство создает комплексную программу, увязывая задачи отдельных субъектов планирования с общими целями в главных направлениях: здоровый образ жизни; поддержка семьи и детства; создание инфраструктуры реабилитационных учреждений; подготовка кадров; организация социального контроля.

Органы местного самоуправления (являющиеся органами опеки и попечительства и формирующие комиссии по делам несовершеннолетних) определяют планы социального развития территории, конкретизируя задачи до прямых распоряжений органами и уч-



реждениями (здравоохранения, социальной защиты населения, образования, внутренних дел и др.). Кроме того, не следует забывать, что до последних лет при исполкомах (как в те годы называлась исполнительная власть) работали комиссии по борьбе с пьянством. На сегодняшний день они распущены, однако международный опыт свидетельствует, что муниципалитеты или префектуры не обходятся без такого подразделения по связям с общественностью.

Общественные движения, объединения и учреждения противонаркотической ориентации, которые помогают зависимым людям найти общий язык с народом, сделать первые шаги в направлении социальной реабилита-

ции в кругу людей схожей судьбы, освободиться от гнета предвзятых отношений и неуверенности в себе, как правило, существуют при поддержке государства. Со своей стороны они могут представлять энтузиастов-непрофессионалов и тех людей, для которых проблемы наркозависимости по тем или иным причинам имеет личную значимость и они готовы оказать содействие программам, предлагаемым администрацией. Спонсоров у них нет и быть не может, т.к. богатые наркоманы — большая редкость, разве, что в подростковом возрасте и на короткое время. Поэтому на плечи государства ложится содержание минимальных штатов, опирающихся в своей работе на массу волонтеров.

### **Функции участников комплексной программы**

**Здравоохранение** традиционно играет первую роль в борьбе с наркозависимостью. Именно у медицины есть учреждения и специалисты, профессионально занимающиеся наркологической помощью: вытрезвители, кабинеты, диспансеры, стационары. Они входят в состав психиатрической службы и обязаны кроме собственно лечебно-консультативной помощи выполнять и ряд социальных функций: освидетельствование в добровольном и недобровольном порядке, учет, диспансерное наблюдение, осуществление принудительных мер медицинского характера по решению суда. Тем самым, врачебная наркологическая помощь расслаивается на несколько уровней.

Во-первых, нуждающийся, по их мнению, в медицинской помощи в связи с приемом одурманивающих веществ (отравился, абстиненция, формирование физической и психической зависимости) может обратиться в учреждение, подразделение или предприятие, имеющее лицензию для данного вида работ. За детей до 15-летнего возраста

вопрос решают родители или заменяющие их лица. Если пациент хочет оставить свой визит и получение лечения анонимным, он оплачивает услуги. Те, кто хотел бы получить помощь за казенный счет, должны согласиться с тем, что информация о работе с ними остается в архиве учреждения, и в силу вступают правила диспансерного учета с вытекающими из них социальными ограничениями.

Во-вторых, человек может быть доставлен в медицинский центр токсикологической ориентации (вытрезвитель или соответствующее отделение больницы общего или специального профиля) для устранения симптомов отравления. За подобные услуги в определенных случаях приходится платить еще и штраф, если отравление было связано с нарушениями административного законодательства. Факт оказания экстренной токсикологической помощи заносится в учетную документацию обязательно.

В-третьих, факт опьянения или наркозависимости иногда необходимо до-

казать (в случаях отстранения от управления транспортным средством, отстранения от работы, направления в специализированное воспитательное учреждение, проведения военно-врачебной экспертизы и др.). Тогда наркологическое учреждение выполняет экспертные поручения правоохранительных органов в соответствии с Законом РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах», а также по нормам уголовного и гражданского законодательства, если речь идет о назначении принудительных мер медицинского характера или ограничения дееспособности.

В-четвертых, при появлении симптомов психического расстройства на почве наркозависимости вступают в действие правила обращения с психически больными людьми, предусмотренные Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В-пятых, суд уполномочен обязать наркологические учреждения осуществлять амбулаторно меры принудительного наблюдения и лечения за лицами, осужденными за уголовные преступления без лишения свободы, или стационарно для тех, кого перевели в психиатрический стационар из мест лишения свободы в связи с необходимостью на известный срок заменить сочетающую в себе меру принудительного лечения и наказания одной лишь мерой принудительного лечения.

**Милиция общественной безопасности** является основным подразделением среди служб МВД, которая вплотную занимается проблемами наркозависимости. В функции других служб МВД входит уничтожение подпольных центров производства, ловля наркокурьеров, ликвидация баз хранения, пресечение отмывания незаконно полученных доходов и другие обязанности, связанные с оборотом одурманивающих веществ.

Ей же приходится решать вопросы на стыках правового пространства: где сбыт наркотических средств — преступление; употребление их — административное правонарушение; использование алкоголя — административное правонарушение при известных обстоятельствах; вовлечение несовершеннолетних — правонарушение сразу же по нескольким отраслям права; социальный контроль за наркозависимыми людьми, исполнение наказания или иной меры, назначенной судом.

В такой ситуации, когда на решение одной по сути проблемы ориентированы: следствие, административный надзор, инспекция по делам несовершеннолетних, суд и исполнение наказаний, неизбежно появление нестыковок, рассогласования, дублирования и непроизводительной траты служебных ресурсов.

Гораздо эффективнее организована работа, когда органы местного самоуправления инспирируют выделение специального подразделения, способного решать весь круг задач. Тем более, что тогда можно рассчитывать и на подключение широкой общественности, представители которой всегда охотно идут на сотрудничество с милицией, когда речь идет о борьбе с наркоманией, особенно в среде несовершеннолетних.

**Служба социальной защиты населения** вправе и в состоянии оказывать социальную поддержку людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в том числе и в связи с приемом одурманивающих веществ. На ее балансе имеются учреждения государственного призрения социально неустroенных людей: приюты, ночлежки, общежития, предприятия социального обеспечения. Правда, мощностъ их невелика и им трудно решать кардинальные задачи. Тем более, что статус такого рода учреждений в общественном сознании еще не определен.

С одной стороны, они — часть системы, но работают не с закрепленным контингентом, а по мере обращения, т.е. клиент не оставляет доказательств своего пребывания и получения помощи. Это делает стиль их работы благотворительным, но основан на доверии к работникам такого рода центров.

С другой — неприспособленные и социально бесполезные люди испытывают особую неприязнь к бюрократии, как символу и представителю отторгнувшего их общества. Они не принимают условий, при которых им было бы необходимо предъявлять доказательства своего ничтожества.

Оказавшись в роли, где власти подозревают в бесконтрольном использовании средств, а клиенты — в тайном ведении учета, сотрудники реабилитационных центров службы социальной защиты чувствуют себя экспериментаторами с временным официальным статусом.

Тем не менее, по логике наступающих перемен, служба социальной защиты должна играть в противонаркотической работе гораздо более серьезную роль, чем даже здравоохранение. Достаточно представить себе, на что может надеяться человек, обращающийся за медицинской помощью: на снятие абстиненции, психотерапию, общее оздоровление.

Значение этих факторов в картине наркозависимости, поражающей личность человека и зависящей от стечения жизненных обстоятельств, не столь уж велика. Так что, именно социальные работники, способные повлиять на образ жизни и мироощущение человека, должны занять место, соответствующее задачам, которые ставит перед ними современное общество.

Скорее всего, уже сегодня важнее иметь врача в социальном приюте, чем социального работника в медицинском учреждении.

Если же учесть, что служба защиты семьи и детства явно тяготеет к тому, чтобы влиться в службу социальной защиты населения, круг задач, доступных последней, еще более расширяется.

Пока социальные учреждения противонаркотической ориентации в системе службы не предусмотрены.\* Речь вообще идет о социально неустроенных и бездомных людях, но органам местного самоуправления ничто не мешает учредить их по собственной инициативе. Пока же приходится ориентироваться на приказ Министерства здравоохранения РФ № 76 от 18.03.97 «О наркологических реабилитационных центрах» и брать его за основу.

**Органы образования** также находятся на передовом рубеже борьбы с наркозависимостью, хотя бы потому, что молодежь стала основным потребителем наркотиков, уступая взрослым лишь в использовании алкоголя. И это можно понять. Цивилизация, следуя присущей ей законам исторического развития, с каждой новой эпохой увеличивает разрыв между безоблачным (или, во всяком случае, беспомощным и бесправным) детством и уверенностью реализовавшейся личности. Молодежный период жизни с его условными контурами — завоевание культуры, но и ее тяжелый крест.

Неудачники средовой адаптации из числа педагогически запущенных, у которых (как это не раз было отмечено разными исследователями) чувство личной перспективы и способность плани-

\* «О мерах по развитию сети учреждений социальной помощи для лиц, оказавшихся в экстремальных условиях без определенного места жительства и занятий» (постановление Правительства РФ № 1105 от 05.11.95); «Порядок приема граждан в учреждения социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий» (приказ Минтруда и соцразвития РФ № 224 от 10.09.96).

рования жизни не развиваются, образуя ту группу молодежи, которая предпочитает аддитивный уход от реальности в пику к недостижимой цели.

Так что, в широком смысле хорошо организованная реабилитационная педагогика, гарантирующая избавить ученика от ощущения ненужности, и есть лучшая профилактика наркомании. Когда возможности подростка и ожидания общества сбалансированы, развитие личности течет без кризисов.

Если же дети все-таки пристрастились к одурманивающим веществам, они подлежат социальным ограничениям. Сам факт употребления одурманивающих веществ детьми является основанием для наказания родителей в административном порядке. При появлении признаков зависимости в возрасте до 15 лет родители вправе отправить ребенка на лечение. И, наконец, злоупотребление наркотическими веществами, в какой бы форме они не применялись, относится к основаниям для направления в специальные школы закрытого типа по решению судов и в специальные школы открытого типа — по решению комиссии по делам несовершеннолетних с согласия родителей.\*

Для социальной поддержки в системе образования имеются еще и реабилитационные центры, обращение в которые не связано с необходимостью заручиться решением властной инстанции.\*\*

В обязанности школы также входит защита детей от развращающего влияния среды и семьи, когда от них исходят инициативы в приобщении к одурманивающим веществам. Прямых полномочий на это учитель не имеет, но поскольку он знает о ребенке больше

других, наблюдая его ежедневно в стенах образовательного учреждения, то он вправе и в состоянии подключить к судьбе ученика и комиссию по делам несовершеннолетних, и органы опеки и попечительства, и правоохранительные органы.

Да и сама великая сила просвещения действует положительно в любом возрасте. Отрицательный образ опустившегося человека формируется всем авторитетом нравственного опыта культуры. Он закреплён в художественных образах, и от учителя зависит донести его до сознания своих учеников. Тем более, что по противонаркотической тематике можно проводить специальные занятия, уберегая от легкомысленных экспериментов с одурманивающими веществами силой разума. Дети, и особенно подростки, нуждаются в информации на этот счет, и бывает много лучше, когда наряду с уличной практикой они владеют еще и теорией вопроса.

Подростки и молодые люди до 30-летнего возраста находятся в сфере влияния **комитета по делам молодежи**, который входит в систему государственного управления и обязан координировать усилия социальной политики в интересах подрастающего поколения. Кроме того, он располагает и собственными средствами для социальной поддержки тех, кто в ней нуждается, в том числе и людей, опустившихся под влиянием наркозависимости. При комитете имеются учреждения социальной реабилитации, работающие главным образом как консультации или клубы, «сопровождающие» молодого человека по жизни через те обстоятельства, для преодоления которых ему требуется помощь со стороны.

\* Типовое положение о специальном учебно-воспитательном учреждении для детей и подростков с девиантным поведением (постановление Правительства РФ № 420 от 25.04.95).

\*\* Типовое положение об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. (постановление Правительства РФ № 867 от 31.07.98).

У комитета нет типового положения такого рода центров социальной поддержки, утвержденных Правительством, что абсолютно оправдано. На то и комитет, чтобы в отличие от ведомств, иметь свободу маневра в системе управления и реагировать на изменения уклада жизни оперативно, не дожидаясь, пока назревший конфликт станет очевиден и потребует изменения структур управления. Поэтому стиль работы и материальные возможности учреждений комитета по делам молодежи зависят не от штатного расписания, а от фондов и инвестиций под целевые программы на время решения конкретных задач.

Умелое подключение комитета к противонаркотическим программам решает трудности начальных этапов формирования инфраструктуры социальной поддержки, когда приходится экспериментировать, менять модели, искать оптимальные сочетания, привлекать волонтеров, нащупывать межведомственные стыковки интересов. Пластичность управленческих схем в зоне соприкосновения системы управления и интересов населения оберегает новые идеи от отталкивающей казенщины.

Помимо основных субъектов противонаркотической деятельности общества и государства в качестве участников комплексных программ входят органы и структуры управления, деятельность которых лишь в той или иной мере касается рассматриваемой нами проблемы.

**Служба занятости населения** не может остаться в стороне от того факта, что наркозависимые люди, как правило, не удерживаются на работе. Более того, трудно надеяться, что кто-то из работодателей окажется настолько гуманным, чтобы взять на себя обязанность их трудового перевоспитания.

Даже во времена социализма с то-

талантарным лицом попытки властей опереться на трудовые коллективы в воспитании чужих (принятых со стороны) пьяниц и наркоманов наталкивались на решительное сопротивление администрации предприятий. Наркозависимым людям, если уж и были вынуждены заниматься их судьбой, отводили работы, не требующие квалификации, трудовой дисциплины и производительности труда.

На сегодняшний день такие работы, позволяющие не думать о прибыли, остались только у муниципалитетов в разряде т.н. общественных: уборка территорий, ее очистка, озеленение, сезонные уборочные работы на полях и т.п. Так что центрам занятости населения необходимо постоянно «иметь под рукой» какое-то количество рабочих мест для снятия социальной напряженности в судьбе и жизни наркозависимых людей на период, пока тем не будет по силам решать вопросы стабильного трудоустройства.

**Службы, занимающиеся культурой, спортом, туризмом**, сотрудничают в основном с комитетами по делам молодежи. Своей деятельностью они способствуют поддержанию здорового образа жизни, отвлекают от порочных склонностей, организуют досуг. Им трудно ставить задачи реабилитационного характера, но в плане общей профилактики их роль весьма значительна.

**Средства массовой информации** как пропагандисты антинаркотических идей действуют как по собственной инициативе (нравственная тема интересна народу), так и по распоряжению властей, которые имеют рычаги влияния на тематику: учредительство, прямое управление, участие в доле и т.п. Однако информационный рынок бывает не всегда на высоте. Коммерческие соображения вынуждают переходить грани социально приемлемых аллюзий\*. В

\* Аллюзия (от лат. *allusio*) — шутка, намек.

этом случае государство, защищая нравственные принципы и здоровье населения, устанавливает своеобразный кодекс зипретов, доверяя региональным и местным органам управления самостоятельно определять ограничивающую политику.

**Общественная деятельность населения** регулируется законами РФ «Об общественных объединениях» и «О благотворительной деятельности». Согласно им люди вправе по своей инициативе заниматься практически любой некоммерческой и неполитической деятельностью, если отделы (управления) юстиции, соблюдающие интересы общества и государства, охраняющие права человека, утвердят соответствующие уставы. Да и сами уставы по сути — не более, чем обязательство людей соблюдать законы в том виде деятельности, который избран волей объединившихся людей.

Пока реальные перспективы есть у реабилитационных центров бывших алкоголиков и наркоманов, общин полурелигиозного характера, где фанатизм побеждает наркоманию, а также общественных объединений политического толка, где борьба с наркоманией входит в нравственный долг участника.

Таким образом, в самом общем виде социальную реакцию на проблему наркомании можно представить себе в двух главных вариантах: совершенствование общественных отношений и поддержка конкретного человека.

Вместе они могут быть представлены как:

- \* профилактика социального отчуждения;

- \* социальная адаптация и интеграция в обществе неудачников и людей с ограниченными возможностями;

- \* формирование отрицательного об-

раза наркозависимого человека средствами просвещения и пропаганды;

- \* создание правовых, административных и моральных препятствий к употреблению одурманивающих веществ;

- \* наличие открытой любому человеку, желающему освободиться от наркозависимости, инфраструктуры противонаркотических убежищ;

- \* социальные ограничения для лиц, которые своей склонностью к одурманивающим веществам ущемляют интересы окружающих;

- \* психологическая и социальная реабилитация преодолевших наркозависимость.

В этой работе участвуют многие субъекты управления и общественные институты, порою плохо представляющие себе, чем занимаются их смежники и партнеры после того, как был распущен координирующий орган — комиссия исполкома по борьбе с пьянством. На смену ей не пришел комитет по борьбе с наркоманией, хотя решение о его создании напрашивается само собой. Во всяком случае, органам местного самоуправления никто такую инициативу не пресекает. Поэтому свое видение комплексного плана мы изложим таким образом, будто он есть или имеется его административный заместитель в той или иной форме, обладающий правом влиять на материальное обеспечение отдельных программ, контролировать расходование целевых ассигнований, давать поручения учреждениям и помогать конкретным людям в кризисной ситуации.

Сначала будет изложен комплексный план работы с населением в целом, а затем — план работы с конкретным человеком, оказавшимся в плену наркозависимости.

## Схема комплексного плана социальной поддержки наркозависимых людей

| Основные мероприятия  | Исполнитель                              |
|---|--|
| <b>А. Профилактика</b>  |  |
| 1. Реабилитационное образовательное учреждение для подростков, утративших взаимодействие со школой.                             | Образование                              |
| 2. Подростковый клуб с туристическим уклоном.   | Комитет по делам молодежи                |
| 3. Группа добровольной народной дружины по контролю за потреблением наркотиков.   | Милиция                                  |
| 4. Театр противонаркотических миниатюр в ДК градообразующего предприятия; сатирический ансамбль молодежной ориентации.          | Культура                                 |
| <b>Б. Социальная поддержка</b>  |  |
| 5. Приют для людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (детей и взрослых)   | Соц.защита населения                     |
| 6. Токсикологический центр для несовершеннолетних.  | Здравоохранение                          |
| 7. Резерв рабочих мест для социальной реабилитации лиц, оказавшихся в трудных жизненных обстоятельствах.                        | Отдел занятости                          |
| <b>В. Социальный контроль</b>   |  |
| 8. Совместная программа комиссии по делам несовершеннолетних и инспекции по опеке: «Дети наркоманов и хронических алкоголиков». | Зам.главы администрации по соц. вопросам |
| 9. Создание противонаркотической группы муниципальной милиции за счет органов местного самоуправления.                          | Глава администрации                      |

Естественно, круг возможных, вероятных и доступных мероприятий может быть намного шире. Здесь обозначен лишь общий порядок их взаимного расположения.

Планирование же мер социальной поддержки отдельного человека требует иных правил.

Прежде всего, необходимо установить причины его социальной дезадаптации. В частности:

- \* сферу (сферы) социальных отно-

шений, в которых самоутверждение личности натолкнулось на серьезные препятствия;

- \* содержание переживаний и особенности защитных психологических реакций (исключение третьего, экологическая ниша, деперсонализация);

- \* индивидуальные особенности личности, способствующие возникновению пристрастия к одурманивающим веществам;

\* мотивацию собственно аддиктивного поведения;

\* степень изменения характера и личности под влиянием наркозависимости.

В целом это даст если не исчерпывающую, то вполне достоверную картину причинно-следственных связей, на основании которой можно строить схему индивидуальной работы. Появляются основания для того, чтобы расставить акценты по направлениям: профилактическо-

му, поддержки, контроля, реабилитации. Круг главных исполнителей, решающих приоритетные задачи, отделяется от тех, с кем будет нужно согласовывать конкретные меры или прибегать к односторонней и временной помощи.

Для удобства в работе желательно иметь график в сетевом варианте исполнения. Пространство графика структурируется по главным задачам и методическим особенностям отдельных этапов работы.

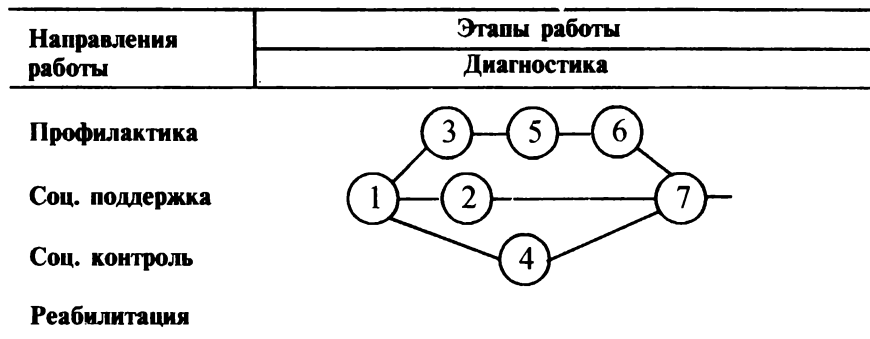
| Этапы работы  |             |              |                |            |
|---------------|-------------|--------------|----------------|------------|
| Сроки         | янв.-март   | апр.-июнь    | июль-окт.      | нояб.-дек. |
| Направления   | Диагностика | Согласование | Текущая работа | Итоги      |
| Профилактика  |             |              |                |            |
| Соц.поддержка |             |              |                |            |
| Соц.контроль  |             |              |                |            |
| Реабилитация  |             |              |                |            |

Диагностика требует целого ряда конкретных действий, которые занимают определенный промежуток времени и отвлекают известные силы.

Согласование подразумевает распределение функций между участниками работы в зависимости от особенностей случая.

Текущая работа, по сути, есть выполнение намеченного.

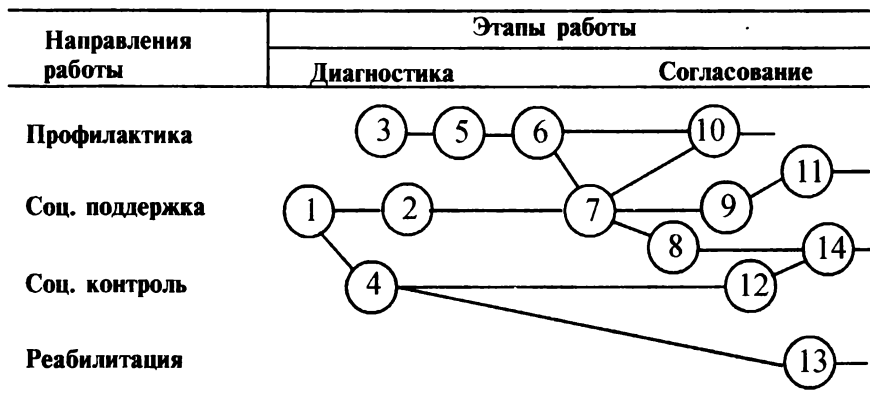
График № 1



1. Собеседование
2. Ознакомление с условиями жизни
3. Исследование здоровья
4. Информация из правоохранительных органов

5. Психологическое тестирование
6. Консультация специалистов смежных профессий
7. Составление плана работы





8. Диспансеризация

9. Прикрепление к центру поддержки

10. Запись в вечернюю школу

11. Семейный тренинг

12. Учет в наркогруппе милиции

13. Внесение в списки центра занятости населения

14. Рассмотрение вопроса о дееспособности и попечительстве

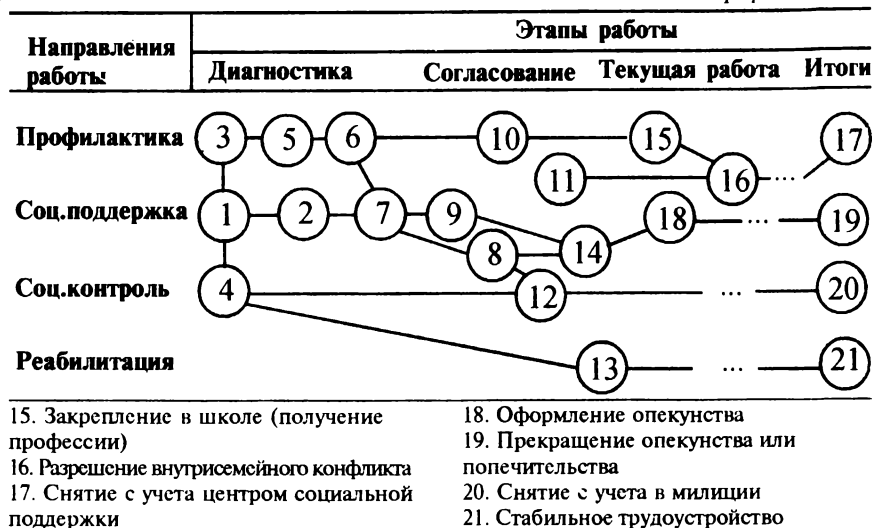
Сетевой график хранится у того специалиста, за которым закреплен наркозависимый человек (центр реабилитации, наркологический диспансер, реабилитационные образовательные учреждения).

Ведущий специалист ответственен за исход работы в целом и имеет право требовать от смежников выполнения взятых на себя обязательств. Для закрепления таких полномочий необходимо, чтобы комплексный план и сетевой график утверждались органом, обладающим необходимой властью. В недавнем прошлом это была комиссия по борьбе с пьянством при исполкомах, а сейчас нет препятствий для создания подобных комитетов или комиссий местными органами самоуправления.

На основе известной суммы индивидуальных сетевых графиков можно обоснованно планировать суммарные показатели обобщенного плана проти-

вонаркотической работы микрорайона (региона). По каждому из направлений деятельности видна нагрузка на кадры, средство и методы. Необходимые ресурсы легко привязать к срокам, когда они потребуются. Например, если речь идет о несовершеннолетних, где ритм жизни задается учебным планом. Или учесть климатические особенности, когда зима сокращает сферы обитания неустроенных людей и привязывает их к приютам или притонам.

В качестве основных событий сетевого графика следует учитывать положительные результаты работы, для достижения которых необходимо затратить усилия. Например, снятие с учета в комиссии по делам несовершеннолетних и охране их прав. Время, отводимое на исполнение поставленной задачи, задает параметры времени для комплексного плана в целом. К тому же, сроки подведения итогов всегда дисциплинируют исполнителей.



При этом нужно помнить, что эффективность работы в целом зависит, в первую очередь, от ее организованности, умения партнеров распределять усилия и концентрировать их в нужном направлении. Ведь у каждого человека, обратившегося за помощью или подвергнутого мерам социальной защиты, чаще всего имеются серьезнейшие проблемы адаптации. Его отношение с окружающими уже испорчено многочисленными и многообразными конфликтами, преодолеть которые или найти конструктивный способ их разрешения очень непросто. Концентрация даже значительных усилий на ограниченном участке социального пространства, как правило, не приносит успеха, несмотря на весь энтузиазм желающих помочь. Личность, склонная к аддиктивному уходу от необходимости делать собственные шаги для их (конфликтов) преодоления, легко ускользает от контроля и давления со стороны общества, даже если при этом приходится отказываться от хорошего и смириться с плохим.

И в завершении остается лишь посоветовать тем, кто возьмет на себя тяжелый труд вернуть наркозависимому

человеку естественные смыслы жизни, не упускать из вида, что пессимизм и нигилизм — самые мощные враги как наркомана, так и нарколога. Равнодушный социальный работник для этой цели не годится. Недаром нарколог быстро устает от необходимости тратить собственные силы и чувства, резерв которых у каждого не бесконечен. И это понятно. У наркотика объект приложения — личность. Она зачастую изначально слаба и незрела. Не годится для успешной социальной адаптации, да к тому же еще и в известной мере разрушена склонностью убежать от проблем самоутверждения, не затрудняя собственную волю. Под влиянием одурманивающих средств личный опыт человека как бы отодвигается в тень. Социальные навыки теряют свое значение, на них бывает трудно опереться. Смыслообразующие мотивы выпадают из поля зрения. Происходит видоизменение личностной определенности, которое влечет за собой усвоение иных шаблонов поведения.

Известный социальный психолог Т.Шибутани называл такого рода изменения конверсией.

Так что вернуть человеку его социальный статус далеко не исчерпывает его социальной реабилитации. Необходимо восстанавливать еще и чувства, которыми личность дает знать о своем существовании. Мало организовать быт, пролечить и применить меры ограничительного характера. Человек может подчиниться им из конформизма. И будет ждать лишь удобного момента, чтобы вернуть свои пристрастия.

Истинная перестройка, к которой следует стремиться — изменение субъективных отношений. Социально-му наркологу необходимо владеть на-

выками побудить личность к диалогу с собственным Я, направить этот диалог в нужном направлении и обеспечить победу конструктивного над деструктивным. Методами подавления и запугивания, к которым обычно прибегает общество, раздосадованное тихим упорством наркозависимых людей, здесь не обойдешься. И рассчитывать на них нужно лишь настолько, насколько они этого стоят. Все остальное и по настоящему значительное связано с воспитанием. Его умелая организация и будет главной гарантией социальной поддержки, если уж браться за нее всерьез.

## Приложения

1. Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1995-1997 г.г. (постановление Верховного Совета РФ от 22.07.93, постановление Правительства РФ от 03.06.95 // Российская газета, 15.06.95. Программа в дальнейшем пролонгирована до 2000 года.

2. «О наркологических реабилитационных центрах» (Приказ МЗ РФ № 76 от 13.08.97).

3. «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах» (Приказ МЗ РФ № 373 от 12.12.97).

4. «О создании Центра и региональных групп мониторинга вредных привычек среди детей и подростков» (Приказ МЗ РФ № 232 от 05.08.97).

5. Десять стратегий деятельности в отношении наркомании

*Предлагаемые десять стратегий взяты из рекомендаций для европейского региона комиссии по наркотическим средствам, которые были высказаны в отношении алкоголя.*

*Однако по своему содержанию все без исключения пункты могут быть распространены и на иные наркосодержащие вещества.*

1. Информирование людей о вредных последствиях для здоровья, семьи и общества потребления наркосодержащих и токсических веществ, а также об эффективных мерах, которые могут быть приняты для предупреждения или сведения к минимуму ущерба путем создания масштабных просветительских программ, начиная с раннего детства.

2. Пропаганда общественной, частной и трудовой сред обитания, защищенных от несчастных случаев, насилия и других отрицательных последствий потребления наркосодержащих и токсических веществ.

3. Принятие и обеспечение выполнения законов, направленных на недопущение управления транспортом в состоянии опьянения.

4. Эффективный контроль за отпуском алкоголя, особенно для молодежи, в частности, при помощи системы налогообложения.

5. Осуществление строгого контроля за рекламой.

6. Обеспечение доступности служб лечения и реабилитации для лиц с опасными или причиняющими ущерб членам их семей формами наркозависимого поведения.

7. Усиление юридической и моральной ответственности тех, кто причастен

к незаконному обороту наркосодержащих и токсических веществ, фармакологических средств.

8. Усиление коммунально-общинного руководства антинаркотическими программами с решением проблемы подготовки и обучения специалистов в таких секторах как здравоохранение, социальное обеспечение, просвещение, судопроизводство.

9. Поддержка неправительственных организаций и движений взаимопомощи, способствующих укреплению здорового образа жизни, особенно тех, кто стремится предупредить или сократить связанный с наркоманией ущерб.

10. Создание на основе Европейской хартии четких показателей для мониторинга и обновления программ на основе текущих оценок.

6. К организации межведомственного взаимодействия в профилактике наркомании и борьбе с ее распространением (из проекта межведомственного соглашения ООН Правительству России в сфере контроля за наркотиками):

\* Организация центра межведомственного сотрудничества при МВД РФ и соответствующих органах в регионах страны.

\* Создание единого специализированного банка данных о фактах, физических и юридических лицах, причастных к незаконному обороту наркотиков и связанной с ним преступностью.

\* Создание центра по подготовке кадров по линии борьбы с наркотиками на базе МВД.

\* Подготовка судей по вопросам правоприменения в отношении незаконного оборота наркотиков и связанных с ним правонарушений.

\* Подготовка сотрудников образовательных и медицинских учреждений в сфере пропаганды здорового образа жизни и профилактики наркомании.

## Литература для самостоятельной работы



1. Пятницкая И.Н., Запороженко В.Г. Вопросы профилактики и организации лечения алкоголизма в некоторых зарубежных странах // Соц.гигиена и организация здравоохранения. 1980. № 7.

2. Заиграев Г.Г. Государственная политика как фактор алкоголизации населения // СОЦИС. 1997. № 4.

3. Попов В.А., Кондратьев О.Ю. Наркотизация в России — шаг до национальной катастрофы // СОЦИС. 1998. № 3.

4. Проблемы, связанные с потреблением алкоголя. Доклад экспертов ВОЗ, 1982.

## Вопросы для самостоятельной работы



1. Роль и значение органов здравоохранения в противонаркотической деятельности государства.

2. Задачи правоохранительных органов в работе по социальной поддержке наркозависимых людей.

3. Роль и значение системы образования в профилактике наркомании.

4. Система работы органов местного самоуправления по профилактике наркомании.

5. Общественность в борьбе с наркоманией (формы работы, виды деятельности, нормы и правила, которые ее регулируют).

## **ЮРИДИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРОТИВОНАРКОТИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ**

(по материалам основополагающих правовых документов)

### **КОНВЕНЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ О БОРЬБЕ ПРОТИВ НЕЗАКОННОГО ОБОРОТА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Принята Конференцией на ее 6-м пленарном заседании  
19 декабря 1988 г. (извлечения)

Стороны настоящей Конвенции,

будучи глубоко озабочены масштабами и тенденцией роста незаконного производства, спроса и оборота наркотических средств и психотропных веществ, которые представляют собой серьезную угрозу для здоровья и благополучия людей и оказывают отрицательное воздействие на экономические, культурные и политические основы общества,

будучи также глубоко озабочены все большим распространением незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ среди различных групп и особенно тем, что дети во многих районах мира используются в качестве потребителей незаконных наркотических средств и психотропных веществ и эксплуатируются при их незаконном производстве и обороте, что представляет собой огромную опасность, признавая взаимосвязь между незаконным оборотом и другими связанными с ним формами организованной преступности, которые подрывают законную экономику и создают угрозу для стабильности, безопасности и суверенитета государств, признавая также, что незаконный оборот представляет собой международную преступную деятельность, пресечение которой требует неотложного и самого первоочередного внимания, сознавая, что незаконный оборот обеспечивает большие прибыли и финансовые средства, что позволяет транснациональным преступным организациям проникать в правительственные механизмы, законную торговую и финансовую деятельность и общество на всех его уровнях, разлагать и подрывать их,

будучи преисполнены решимости лишить лиц, занимающихся незаконным оборотом, доходов, получаемых от преступной деятельности и тем самым устранить главный мотив, побуждающий их к этому, стремясь устранить коренные причины проблемы злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами, включая незаконный спрос на такие средства и вещества и огромные прибыли, получаемые от незаконного оборота, считая, что необходимы меры контроля за некоторыми веществами, в том числе прекурсорами, химическими веществами и растворителями, используемыми при незаконным изготовлении наркотических средств и психотропных веществ, легкодоступность которых привела к росту подпольного производства наркотических средств и психотропных веществ, стремясь улучшить международное сотрудничество с целью пресечения незаконного оборота на море, признавая, что искоренение незаконного оборота является коллективной обязанностью всех государств и что с этой целью

необходима координация усилий в рамках международного сотрудничества, признавая компетенцию Организации Объединенных Наций в области контроля над наркотическими средствами и психотропными веществами и желая, чтобы международные органы, занимающиеся таким контролем, находились в рамках этой Организации, вновь подтверждая руководящие принципы существующих договоров, касающихся наркотических средств и психотропных веществ, и предусматриваемую ими систему контроля, признавая необходимость укрепления и дополнения мер, предусмотренных Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года, этой Конвенцией с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, и Конвенцией о психотропных веществах 1971 года, с целью уменьшения размаха и масштабов незаконного оборота и его серьезных последствий, признавая также важное значение укрепления и усиления эффективных правовых средств международного сотрудничества в правовой области для пресечения международной преступной деятельности, каковой является незаконный оборот, желая заключить всеобъемлющую, эффективную и действенную международную конвенцию, специально направленную на борьбу с незаконным оборотом, в которой учитываются различные аспекты проблемы в целом, и в частности те из них, которые не предусмотрены существующими договорами, касающимися наркотических средств и психотропных веществ, настоящим согласились о нижеследующем:

### **Статья 1. Определения**

За исключением тех случаев, когда прямо указано иное или по смыслу текста имеется в виду иное, в настоящей Конвенции используются следующие определения:

а) «Комитет» означает международный комитет по контролю над наркотиками, учрежденный на основании Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года и этой Конвенции с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года;

б) «Растение каннабис» означает любое растение рода *Cannabis*;

с) «Кокаиновый куст» означает растение любого вида рода *Erythroxylon*;

д) «Коммерческий перевозчик» означает любое лицо или любое общественное, частное или иное предприятие, занимающееся перевозкой лиц, товаров или почты за какое-либо вознаграждение;

е) «Комиссия» означает Комиссию по наркотическим средствам Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций;

ф) «Конфискация», которая включает в соответствующих случаях изъятие, означает окончательное лишение собственности по постановлению суда или другого компетентного органа;

г) «Контролируемая поставка» означает метод, при котором допускается вывоз, провоз или ввоз на территорию одной или нескольких стран незаконных или вызывающих подозрение партий наркотических средств, психотропных веществ, веществ, включенных в Таблицу I или Таблицу II, которые содержатся в приложении к настоящей Конвенции, или заменяющих их веществ, с ведома и под надзором их компетентных органов с целью выявления лиц, участвующих в совершении правонарушений, признанных таковыми в соответствии с пунктом 1 статьи 3 настоящей Конвенции;

h) «Конвенция 1961 года» означает Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 года;

i) «Конвенция 1961 года с поправками» означает Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 года;

j) «Конвенция 1971 года» означает Конвенцию о психотропных веществах 1971 года;

к) «Совет» означает Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций;

l) «Замораживание» или «наложение ареста» означает временное запрещение перевода, конверсии, размещения или перемещения собственности или временный арест или взятие под контроль собственности на основании постановления, выносимого судом или компетентным органом;

m) «Незаконный оборот» означает правонарушения, указанные в пунктах 1 и 2 статьи 3 настоящей Конвенции;

n) «Наркотическое средство» означает любое из веществ, природных или синтетических, включенных в Списки I и II Конвенции о наркотических средствах 1961 года и этой Конвенции с поправками;

o) «Опийный мак» означает растение вида *Papaver somniferum* L.;

p) «Доходы» означают любую собственность, полученную или приобретенную прямо или косвенно в результате совершения правонарушения, признанного таковым в соответствии с пунктом 1 статьи 3;

q) «Собственность» означает активы любого рода, материальные или нематериальные, движимые или недвижимые, осязаемые или неосязаемые, а также юридические документы или акты, удостоверяющие право на такие активы или участие в них;

r) «Психотропное вещество» означает любое вещество, природное или синтетическое, или любой природный материал, включенные в Списки I, II, III и IV Конвенции 1971 года;

s) «Генеральный секретарь» означает Генерального секретаря Организации Объединенных Наций;

t) «Таблица I» и «Таблица II» означают соответственно пронумерованные перечни веществ, содержащиеся в приложении к настоящей Конвенции, в которые могут время от времени вноситься поправки в соответствии со статьей 12;

u) «Государство транзита» означает государство, через территорию которого перемещаются незаконные наркотические средства, психотропные вещества и вещества, включенные в Таблицу I и Таблицу II, и которое не является ни местом происхождения, ни местом конечного назначения таких средств и веществ.

## **Статья 2. Сфера применения Конвенции**

1. Целью настоящей Конвенции является содействие сотрудничеству между Сторонами, с тем чтобы они могли более эффективно решать различные проблемы незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, имеющего международный характер. При осуществлении своих обязательств по Конвенции Стороны принимают необходимые меры, включая меры законодательного и организационного характера, в соответствии с основополагающими положениями своих внутренних законодательных систем.

2. Стороны осуществляют свои обязательства по настоящей Конвенции в соответствии с принципами суверенного равенства и территориальной целостности государств и принципом невмешательства во внутренние дела других государств.

3. Сторона не осуществляет на территории другой Стороны юрисдикции и функций, которые входят исключительно в компетенцию органов этой другой Стороны в соответствии с ее национальным законодательством.

#### *Приложение*

##### **Таблица I** (к ст.1 п.Н «Синтетические вещества»)

Лизергиновая кислота

Псевдоэфедрин

1-фенил-2-пропанон

Эргометрин

Эрготамин

Эфедрин

Соли всех веществ, перечисленных в этой Таблице, в тех случаях, когда образование таких солей возможно.

##### **Таблица II**

Ангидрид уксусной кислоты

Антраниловая кислота

Ацетон

Пиперидин

Этиловый эфир

Фенилуксусная кислота

Соли всех веществ, перечисленных в этой таблице, в тех случаях, когда образование таких солей возможно.

#### **О НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВАХ:**

Федеральный закон № 3-ФЗ от 08.01.98 г. (извлечения)

Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

##### **Глава I. Общие положения**

##### **Статья 1. Основные понятия**

В целях настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

наркотические средства — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года;



психотропные вещества — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года;

прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ (далее - прекурсоры) — вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года;

аналоги наркотических средств и психотропных веществ - запрещенные для оборота в Российской Федерации вещества синтетического или естественного происхождения, не включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, химическая структура и свойства которых сходны с химической структурой и со свойствами наркотических средств и психотропных веществ, психоактивное действие которых они воспроизводят;

препарат — смесь веществ в любом физическом состоянии, содержащая одно или несколько наркотических средств или психотропных веществ, включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;

оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров — культивирование растений; разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозка, пересылка, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, ввоз на таможенную территорию Российской Федерации, вывоз с таможенной территории Российской Федерации, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, разрешенные и контролируемые в соответствии с законодательством Российской Федерации;

незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров — оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, осуществляемый в нарушение законодательства Российской Федерации;

производство наркотических средств, психотропных веществ - действия, направленные на серийное получение наркотических средств или психотропных веществ из химических веществ и (или) растений;

изготовление наркотических средств, психотропных веществ - действия, в результате которых на основе наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров получены готовые к использованию и потреблению формы наркотических средств, психотропных веществ или содержащие их лекарственные средства;

переработка наркотических средств, психотропных веществ - действия, в результате которых происходят рафинирование (очистка от посторонних примесей), повышение в препарате концентрации наркотических средств или психотропных веществ, а также получение на их основе веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами;

распределение наркотических средств, психотропных веществ - действия, в результате которых в соответствии с порядком, установленным Правительством Российской Федерации, конкретные юридические лица получают в установленных для них размерах конкретные наркотические средства или психотропные вещества для осуществления оборота наркотических средств или психотропных веществ;

ввоз (вывоз) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (далее — ввоз (вывоз) — перемещение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров с таможенной территории другого государства на таможенную территорию Российской Федерации или с таможенной территории Российской Федерации на таможенную территорию другого государства;

наркомания — заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества;

больной наркоманией — лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим Федеральным законом, поставлен диагноз «наркомания»;

незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ — потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;

государственные квоты на наркотические средства и психотропные вещества (далее — государственные квоты) — квоты на наркотические средства и психотропные вещества, устанавливаемые Правительством Российской Федерации в соответствии с международными договорами Российской Федерации на основании расчета потребности Российской Федерации в наркотических средствах и психотропных веществах, в пределах которых осуществляется их оборот.

## **Глава V. Использование наркотических средств и психотропных веществ**

### **Статья 31. Использование наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях**

1. В медицинских целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III.

2. На наркотические средства и психотропные вещества, разрешенные для использования в медицинских целях, распространяется действие законодательства Российской Федерации о лекарственных средствах в части, не противоречащей настоящему Федеральному закону.

3. Федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения определяет порядок и условия использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях.

4. Не допускается использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки II и III, в медицинской деятельности частнопрактикующих врачей.

5. Контроль за оборотом наркотических средств и психотропных веществ в аптечных организациях и учреждениях здравоохранения осуществляется специальными комиссиями, создаваемыми в соответствии с порядком, установленным федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения по согласованию с федеральным органом исполнительной власти в области внутренних дел.

6. В Российской Федерации запрещается лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II.

7. При наличии специального разрешения федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения допускается ввоз (вывоз) ограниченного количества наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки II и III, хранящихся в аптечках первой помощи на морских и воздушных судах международного сообщения и в поездах международных линий, в объемах, необходимых для оказания неотложной помощи.

8. В разрешении, предусмотренном пунктом 7 настоящей статьи, должны быть указаны лицо или лица, ответственные за хранение и использование наркотических средств и психотропных веществ, а также условия их получения, регистрации, хранения, отпуска и должен быть определен порядок представления отчетов об их использовании.

9. Контроль за использованием наркотических средств и психотропных веществ, хранящихся в указанных аптечках первой помощи, возлагается на специально уполномоченные органы в области здравоохранения, а также на органы, осуществляющие противодействие незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ.

## **Глава VI. Противодействие незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров**

**Статья 40. Запрещение потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача** В Российской Федерации запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

### **Статья 44. Медицинское освидетельствование**

1. Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование.

2. Медицинское освидетельствование лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, проводится в специально уполномоченных на то органами управления здравоохранением учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.

3. Для направления лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, на медицинское освидетельствование судьи, прокуроры, следователи, органы дознания выносят постановление.

4. Решение о направлении лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, на медицинское освидетельствование может быть обжаловано в суд или опротестовано прокурором в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5. Порядок медицинского освидетельствования лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения и федеральным органом исполнительной власти в области внутренних дел по согласованию с Генеральной прокуратурой Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти в области юстиции.

6. Расходы на медицинское освидетельствование лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, производятся за счет средств соответствующих бюджетов.

## **Статья 45. Ограничения, устанавливаемые на занятие отдельными видами профессиональной деятельности**

1. В целях защиты здоровья, нравственности, прав и законных интересов граждан, обеспечения обороны страны и безопасности государства в Российской Федерации устанавливаются ограничения на занятие отдельными видами профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, для больных наркоманией.

2. Руководители юридических лиц, а также должностные лица органов, указанных в пункте 1 статьи 41 настоящего Федерального закона, в пределах их компетенции отстраняют в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, от выполнения любых видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, лиц, находящихся в состоянии наркотического опьянения.

3. Перечень отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения, указанные в пункте 1 настоящей статьи, определяется Правительством Российской Федерации.

## **Глава VII. Наркологическая помощь больным наркоманией**

### **Статья 54. Наркологическая помощь больным наркоманией**

1. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

2. Наркологическая помощь больным наркоманией оказывается по их просьбе или с их согласия, а несовершеннолетним в возрасте до 15 лет по просьбе или согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3. Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и про должжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. Больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

### **Статья 55. Деятельность учреждений здравоохранения при оказании наркологической помощи больным наркоманией**

1. Диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация больных наркоманией проводятся в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

3. Приватизация и передача в доверительное управление учреждений государ

ственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, запрещаются.

4. Для диагностики наркомании и лечения больных наркоманией применяются средства и методы, разрешенные федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

#### **Статья 56. Порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией**

Порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения по согласованию с федеральным органом исполнительной власти в области внутренних дел, Генеральной прокуратурой Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти в области юстиции.

#### **Статья 57. Координация деятельности по оказанию наркологической помощи больным наркоманией**

1. Координацию деятельности наркологической службы в Российской Федерации, в состав которой входят учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающие наркологическую помощь больным наркоманией, осуществляет федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

2. Федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения разрабатывает и вносит на утверждение в Правительство Российской Федерации проекты федеральных целевых программ, направленных на совершенствование наркологической помощи населению и развитие наркологической службы в Российской Федерации, разработку и внедрение современных методов диагностики наркомании, обследования, лечения и медико-социальной реабилитации больных наркоманией.

---

## Оглавление

|   |    |
|---|----|
| История взаимодействия наркозависимых людей с обществом и государством  | 3  |
| Феномен наркозависимости в его социально-значимых проявлениях:  |    |
| 1. Токсикологический аспект   | 16 |
| 2. Социально-психологический аспект   | 28 |
| 3. Медицинский аспект   | 45 |
| Правовое регулирование оборота и потребления наркосодержащих, фармакологических и токсических веществ                     | 54 |
| Социальная поддержка наркозависимых людей и профилактика наркомании   | 65 |
| <b>Приложение</b>   |    |
| Юридические понятия, используемые в противонаркотической политике (по материалам основополагающих правовых документов)    |    |
| - Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ от 19.12.88 (извлечения) | 79 |
| - Федеральный закон 3-ФЗ от 08.01.98 «О наркотических средствах и психотропных веществах» (извлечения)                    | 82 |

# У ВАС

*мы поможем  
на них ответить*

**ВОЗНИКЛИ ВОПРОСЫ —**

Редакция  
«Юридического  
вестника»  
занимается  
поиском  
любого  
интересующего  
Вас документа

**В распоряжении редакции:**  
более 6 000 нормативных актов и  
документов Свердловской об-  
ласти и города Екатеринбурга  
более 55 000 официальных доку-  
ментов Российской Федерации  
(законы, указы, постановления,  
письма, приказы и т.д.) и ком-  
ментарий к ним  
более 60 000 архивных  
официальных документов

**Заказать  
документ  
можно  
по телефону:**

**59-86-70**

**или по адресу:**

**620014,  
г.Екатеринбург,  
ул.8 Марта, 7,  
ком.3  
(вход со двора).**

**Необходимый Вам документ может быть  
распечатан полностью или  
выборочно.**

**Поиск документов осуществляется  
в Вашем присутствии или по за-  
казу в течении дня.**

**Стоимость услуг:**

- поиск документа до 3 рублей
- распечатка документа  
1 рубль за лист  
формата А4

# **В** **ЮРИДИЧЕСКИЙ** **ЕСТНИК**

**Подписка-2000!**

**информационно-  
аналитический  
бюллетень**

- полный перечень и обзор новых федеральных, областных и городских нормативных актов и документов (законы, указы, постановления, письма ГНС, Минфина, ГТК);
- консультации и комментарии по вопросам налогообложения, арбитражной практики, аудита.

*Редакция "Юридического вестника" публикует на своих страницах официальные документы Правительства области, Главы города Екатеринбурга и Екатеринбургской городской Думы в соответствии с договорами, заключенными с этими структурами.*

## **Стоимость подписки по областному каталогу**

### **для частных лиц:**

подписной индекс 53876  
на 1 месяц ..... 26 руб.  
на 3 месяца ..... 78 руб.  
на 6 месяцев ..... 156 руб.

### **для организаций:**

подписной индекс 53875  
на 1 месяца ..... 30 руб.  
на 3 месяца ..... 90 руб.  
на 6 месяцев ..... 180 руб.

## **ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ ДВА РАЗА В МЕСЯЦ.**

Подписку можно оформить в любом почтовом отделении  
или в редакции по адресу:

**620014, Екатеринбург, ул. 8 Марта, 7, ком.3.  
Телефон: 59-86-70**

**Подписка оформляется с любого месяца**